UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1974 - N° 175

LE SERVICE D'URGENCE MEDICO-CHIRURGICAL ET DE SOINS INTENSIFS DE L'HOPITAL BELLEVUE A SAINT-ETIENNE (Service du Docteur H. VIGNON)

Son activité pendant un an du 1.9.1972 au 31.8.1973

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 17 Juin 1974

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Abderrahman BELAZI

né le 9 Janvier 1941

à MATMATA (Tunisie)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544715_0013

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1974 - N° 175

LE SERVICE D'URGENCE MEDICO-CHIRURGICAL ET DE SOINS INTENSIFS DE L'HOPITAL BELLEVUE A SAINT-ETIENNE (Service du Docteur H. VIGNON)

Son activité pendant un an du 1.9.1972 au 31.8.1973

THÈSE

présentée
à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 17 Juin 1974
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Abderrahman BELAZI
né le 9 Janvier 1941
à MATMATA (Tunisie)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

- Président de l'Université : Professeur J. BOIDIN
- Premier Vice-Président : Professeur R. TOURAINE
- Secrétaire Général : M. IZAUTE

Unités d'Enseignement et de Recherche de l'Université

— Directeurs —

Grange-Blanche	: Professeur D. GERMAIN
Alexis-Carrel	: Professeur C. GIROD
Sud-Ouest	: Professeur F. TOLOT
LYon-Nord	: Professeur A. BERTOYE

Biologie humaine : Professeur J.C. CZYBA

Techniques de Réadaptation : Docteur A. MORGON (Maître de Conférences agrégé)

Sciences pharmaceutiques : Docteur M. CARRAZ (Maître de Conférences agrégé)

Sciences odontologiques : Docteur R. VINCENT

Institut Régional d'Education physique et sportive :
Président d'U.E.R. : Professeur R. GUILLET
Directeur : A. MILLON

Mathématiques : Professeur G. MAURY

Physique : Professeur M. DUFAY

Chimie et Biochimie : Professeur D. GAUTHERON

Sciences de la Nature : Professeur L. DAVID

Biodynamique et Psychopédagogie : Docteur R. FONTANGES (Maître de Conférences agrégé)

Institut Universitaire de Technologie n° 1 : Professeur B. POUYET

Institut Universitaire de Technologie n° 2 : J. GALLET (Directeur ENSAM)

Observatoire : Professeur J.H. BIGAY

Physique Nucléaire : Professeur A. SARRAZIN

Mécanique : Professeur J. MATHIEU

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD

U.E.R. LYON SUD-OUEST

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'UNITE

Professeurs titulaires, professeurs à titre personnel

M. BRUN Jacques	Clinique pneumo-phtisiologique
M. GIRARD Paul	Clinique neuro-psychiatrique et d'hygiène mentale
M. GUILLEMIN Georges	Clinique chirurgicale
M. LATARJET Michel	Clinique chirurgicale
M. NOTTER Armand	Gynécologie obstétrique
M. PLAUCHU Marcel	Endocrinologie et médecine interne
M. ROBERT Jacques	Chaire de génétique médicale
M. TOLOT François	Médecine interne - Médecine du Travail
M. VACHON Alphonse	Clinique médicale - Maladies app. digestif
M. VINCENT Daniel	Chaire de biochimie appliquée

Professeurs sans chaire

M. COLOMB Daniel	Dermatologie
M. MORET Robert	Biophysique
M. NORMAND Jean	Cardiologie
M. PINET Edouard	Radiologie
M. VIALLIER-BAYNARD Jean	Bactériologie-virologie

Maître de Conférences agrégé

M. ARCHIMBAUD Jean Pierre	Urologie
Mme BONNET Mireille	Ophtalmologie
M. BOUVIER Maurice	Rhumatologie
M. BRAILLON Georges	Anatomie

MM.	BERTRAND Jean-Louis	Maladies infectieuses
	CABANAC Michel	Physiologie
	CROISILLE Marc	Radiologie
	DUBOIS Paul	Histologie
	GILLY Robert	Pédiatrie
	HAGUENAUER Jean-Paul	O.R.L.
	JEANNEROD Marc	Médecine expérimentale
	JOUVENCEAUX André	Hémobiologie
	LAIR Jacques	Stomatologie
	LAPRAS Claude	Neuro-chirurgie
	LEVRAT Roger	Médecine interne
	LOMBARD-PLATET Roger	Sémiologie chirurgicale
	LOUISOT Pierre	Biochimie
	MICHEL Albert	Anesthésiologie
	MOLLARD Pierre	Chirurgie infantile
	PALIARD Pierre	Sémiologie médicale
	PERRIN-FAYOLLE Max	Pneumo-phtisiologie
	REBOUILLAT Jacques	Chirurgie générale
	REVILLARD Jean-Pierre	Néphrologie
	RIFFAT Georges	Hygiène
	ROCHET Michel	Anatomie Pathologique
	ROMAGNY Gabriel	Pédiatrie
	SITE Jean	Mathématiques - Statistiques - Informatique
	TERMET Hubert	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	TETE Roger	Médecine interne

======

Examinateurs de la thèse :

Président : Monsieur le Professeur Agrégé R. DELEUZE

Assesseurs : Monsieur le Docteur A. MICHEL, Maître de Conférence Agrégé
Monsieur le Docteur J. MOTIN , Maître de Conférence Agrégé
Monsieur le Docteur J.P. NEIDHARDT, Maître de Conférence Agrégé
Monsieur le Docteur H. VIGNON

A LA MEMOIRE DE MES PARENTS

A MES FRERES et SOEURS en particulier à ZINEB

A GENEVIEVE et SES PARENTS

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DELEUZE

Nous avons eu l'occasion à travers son enseignement universitaire d'apprécier la grande richesse de son expérience, sa clarté didactique, et la bienveillante simplicité de son accueil.

Nous le remercions tout particulièrement d'avoir accepté la présidence de notre jury et lui exprimons notre respectueuse admiration.

A Monsieur le Docteur J. MOTIN
Maître de Conférence Agrégé

Qu'il veuille bien accepter ce modeste hommage en témoignage de notre admiration et notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur A. MICHEL
Maître de Conférence Agrégé

Il nous fait l'honneur d'accepter de siéger au sein de notre Jury et de s'intéresser à notre travail.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance et notre respect.

A Monsieur le Docteur J.P. NEIDHARDT

Maître de Conférence Agrégé

qui nous a fait l'honneur d'accepter de faire partie du jury de cette thèse, nous le remercions vivement.

A Monsieur le Docteur H. VIGNON

Il a été à l'origine de notre orientation vers l'anesthésie et la réanimation. Dans la voie où il a dirigé nos premiers pas avec une cordialité pleine de tact, il reste pour nous le symbole de la perfection.

Au long des quatre années que nous avons passé dans son service, nous avons pu voir ses qualités d'animateur et son sens exceptionnel de l'organisation porter leurs fruits.

Qu'il ait bien voulu nous confier le sujet de cette thèse, nous aider de ses conseils et accepter de nous juger constitue à nos yeux un nouveau témoignage de l'amitié qu'il nous porte et un motif supplémentaire de lui exprimer une gratitude et un attachement aussi respectueux que sincère.

A Monsieur le Professeur BRIZARD

dont les qualités d'enseignant et de médecin demeurent gravées en nous.

Nous tenons à exprimer ici notre profond respect au grand Maître qu'il a été pour nous.

A nos Professeurs de la FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

qu'ils trouvent ici l'expression de notre gratitude pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

A Madame le Docteur R. GOUNOT
A Madame le Docteur D. BONAMOUR

Leur tact et leur dévouement nous ont tout de suite mis en confiance.

Nous avons beaucoup profité de leurs conseils et de leur expérience.

Nous leur sommes très reconnaissant.

A toute l'équipe d'anesthésie et de réanimation.

Nous sommes très sensible à l'ambiance amicale et au sérieux qui y règnent.

Nous en garderons un très bon souvenir.

DEFINITION D'UN SERVICE D'URGENCE ET DE SOINS INTENSIFS

Conclusion du séminaire sur les SUSI
MONACO Novembre 1964

I - Le service d'urgence et de soins intensifs (SUSI) est dans un centre hospitalier, ou hospitalier régional, ou hospitalier universitaire, le service où peuvent être mis en oeuvre instantanément des moyens puissants de surveillance et de traitement spécifique, polyvalent, réclamant plus de travail et plus de capital.

II - Caractéristiques du SUSI.

1) Le SUSI rassemble un nombre de malades variable avec :

- l'importance du centre hospitalier
- l'orientation particulière de ce centre
- et la situation géographique.

Mais l'expérience a déjà montré que le chiffre de dix à vingt lits (en moyenne 14 à 16) est le plus favorable.

Il n'est pas nécessaire que les malades soient administrativement " hospitalisés " dans le SUSI. Il est souhaitable que, même en cas d'entrée directe, ils soient inscrits dans un service de soins spécifiques.

2) L'implantation d'un SUSI ne modifie en rien ni le fonctionnement ni l'existence :

- des lits de réanimation dans les services chirurgicaux et médicaux
- des unités de réanimation dépendant des services de haute technicité
- des services de réanimation spécialisés (cardiaque, respiratoire métabolique, anti-poison) existant déjà.

Le SUSI réalise un ensemble hautement spécialisé pour le traitement des états graves dépassant les possibilités de l'organisation en place.

3) Le SUSI est en effet caractérisé et bien défini par la co-existence d'un personnel, d'un équipement et de locaux spéciaux.

A/ Le personnel médical est constitué par une équipe (assistants, internes, externes, biologistes) permanente, assurant une garde continue en faisant appel aux consultants de toutes les disciplines. En principe, cette équipe est formée en majorité de médecins " plein temps " qualifiés en anesthésie-réanimation.
Le SUSI est patroné par un comité médico administratif.
Les anesthésiologistes des hôpitaux ont une vocation particulière pour diriger le SUSI.

B/ Le personnel auxiliaire comprend :

- des infirmières de haute qualité, stables dans leur fonction, entretenues dans leur qualification, travaillant selon un horaire spécial (5 personnes pour un poste).

- des adjoints de soins, aides soignantes, secrétaires, laborantines, préposés et standardistes.

C/ L'équipement doit être très sûr, comportant un matériel abondant, entretenu et vérifié spécialement conçu pour la surveillance et la réanimation :

- cardiovasculaires
- respiratoires
- métaboliques et rénales.

D/ Les locaux seront étudiés

- pour faciliter la surveillance et la télésurveillance continue
- pour être d'accès facile de l'intérieur comme de l'extérieur de l'hôpital
- pour permettre l'isolement phonique, thermique, électrique et naturellement bactériologique
- pour être facilement ré-aménagés sans interrompre la marche du service (sous-sols techniques, panneaux normalisés ...).

III - Le fonctionnement du SUSI peut revêtir cinq modalités :

1) soins et surveillance intensifs (et si nécessaire instantanés) pour des patients confiés par d'autres services afin de passer une période critique.

2) envoi à la demande des services voisins d'équipes mobiles de réanimation

3) le cas échéant, ramassage hors de l'hôpital et transport vers d'autres services.

4) soins et surveillance intensifs de sujets en provenance de l'extérieur, par l'intermédiaire du service de porte (où se fait l'admission et le " triage " et où le SUSI peut déléguer un représentant).

5) Réception directe (exceptionnelle) de patients attendus et accompagnés par un médecin du SUSI.

IV - La clientèle du SUSI n'est limitée ni par le sexe, ni par l'âge sauf en ce qui concerne les nouveaux-nés et nourrissons qui doivent toujours être accueillis dans un " SUSI néonatal ou pédiatrique " spécialisé sauf urgence chirurgicale.

En outre, les états terminaux de maladies incurables ne sont pas justiciables du SUSI.

Peuvent donc bénéficier du SUSI (en l'absence de possibilité de soins sur place ou dans des services plus spécialisés) :

1) le grand polytraumatisé en état de détresse

2) le sujet chirurgical qui réclame des soins dépassant les moyens de réanimation du service d'origine ou les immobilisant au détriment d'autres malades, ces moyens devant de toute façon être maintenus et développés, par exemple, l'opéré qui n'a pas retrouvé son " autonomie " au sortir de la salle de réveil,

- celui qui présente des complications post-opératoires

3) le patient neurologique ou neurochirurgical

4) l'insuffisant cardiaque ou ventriculaire en décompensation aiguë

5) les malades dont la vie est menacée par de grands troubles métaboliques, tels que ceux observés chez les insuffisants rénaux, les brûlés, les intoxiqués.

PRESENTATION DU SUSI

SA CREATION.

Le Service d'Urgence Médico-Chirurgical et de Soins Intensifs de l'Hôpital de Bellevue à ST-ETIENNE a été mis en service dans sa totalité en JUIN 1972. Il s'intègre dans un centre hospitalier devenu depuis 1 an universitaire. Cet hôpital comprend 1178 lits (tableau I), sa construction date de 73 ans.

Ce service est le seul service hospitalier d'urgence polyvalent de la région. En principe, il ne s'occupe pas des urgences pédiatriques mis à part les urgences traumatiques et chirurgicales. Il n'intervient pas non plus en principe dans les urgences obstétricales. Il concerne une population de plus de 220 000 habitants et pour certaines techniques particulières telles que la toxicologie, il déborde sur l'agglomération stéphanoise qui compte une population de 400 000 habitants.

STRUCTURE.

En gros, ce service est composé de la réunion d'un service préexistant ancien de 24 lits, d'une structure neuve qui englobe le service de soins intensifs polyvalent, l'accueil administratif, la radiologie, le SAS d'urgence, les salles d'attente et les locaux universitaires avec en annexe, les vestiaires du personnel et des étudiants et les chambres de garde.

Il comprend :

1) - Une entrée pour les blessés et les malades couchés, avec un local : brancardiers, téléphone, radio, interphone.

2) - Des salles d'attente : malades couchés.

3) - Un SAS d'urgence ·

4) - Deux entrées de blessés non couchés et des familles distinctes.

Les deux entrées confluent vers l'unité d'accueil qui comprend :

Tableau 1

REPARTITION DES LITS PAR DISCIPLINES

MEDECINE GENERALE.		181
5 AB.CD	60	
6 AB.CD	57	
7 AB.CD	64	
SPECIALITES MEDICALES		569
Neurologie 8 AB.CD	59	
Rhumatologie 9 AB.CD	61	
Dermatologie 12 H - EF	61	
Maladies infectieuses 13	30	
Psychiatrie 19.20	52	
Pneumologie PPP - PP1 - PPF	83	
Cardiolgie hommes, femmes, mixtes	92	
Pédiatrie II AB.CD	86	
Prématurés	45	
CHIRURGIE GENERALE		108
I - 3 - 16	56	
I - 3 CD	52	
SPECIALITES CHIRURGICALES		204
Chirurgie orthopédique 14 AB.CD	60	
Ophtalmologie)		
O R L (2 CD. 4 CD	80	
Stomatologie)		
Urologie 2 AB	31	
Gynécologie 15	27	
Chirurgie pédiatrique I EF	6	
URGENCE		28
Urgence chirurgicale	12	
Urgence médicale	12	
Urgence pédiatrique	4	
REANIMATION		9
SUSI	5	
Réanimation pédiatrie	4	
CONVALESCENTS		37
MATERNITE		42
		1 178 LITS

- des hôtesses
- une secrétaire
- un agent administratif.

Ce bureau est totalement autonome, il enregistre les entrées et les sorties, il encaisse les notes de frais de séjour, de consultations et de radiologie. Il dispatche les consultants dans les différentes salles d'examen, il fixe les rendez-vous des malades qui reviennent en consultation et aux pansements, il renseigne les familles.

Il est lui-même encadré de deux salles d'attente disposées de part et d'autre et qui servent aux consultants ou aux familles.

A partir de l'accueil, les malades sont dirigés dans les salles d'examen polyvalentes. Celles-ci sont au nombre de cinq dont trois sont spacieuses et équipées correctement. Elles communiquent d'une part avec le couloir d'entrée et d'autre part avec les locaux d'hospitalisation.

Directement en face d'elles, le Service de Radiologie, enfin de chaque côté des salles d'examen, les locaux d'hospitalisation de 12 lits chacun (en chambre d'un ou deux lits avec lavabo et W.C.). Ces lits comprennent bien entendu chacun deux prises de vide, deux d'oxygène et un nombre approprié de prises de courant.

De plus, en face des salles d'examen : un couloir mène aux deux salles d'opération septique et aseptique avec stérilisation.

En annexe, directement accessible par le même couloir large qui mène aux deux salles d'examens, le service de soins intensifs de cinq lits est séparé de l'unité par un SAS de déshabillage. Cette unité de soins intensifs est conçue sur la forme d'une rotonde en salle unique surveillée par une porte centrale. Sur la périphérie de la rotonde, et séparé par des vitres, un couloir de visites permet aux familles de voir leurs malades.

Le SUSI abrite la chambre de garde de l'anesthésiste, une salle pour la pharmacie et les différents matériels, et une autre salle de séjour pour les infirmières.

Enfin, les sous-sols comprennent les chambres de gardes, les bureaux, les archives, la salle de cours, la bibliothèque, le laboratoire (en cours d'installation).

LE MATERIEL.

C'est au niveau du service de soins intensifs que se trouvent rassemblés les moyens en matériel les plus importants.

Le SUSI : équipement fixe

pour chacun des cinq lits, des prises murales pour différents fluides :

- l'oxygène qui est distribué par un évaporateur d'oxygène pression de service 3 bars

- le vide est produit par un groupe de générateur de vide avec dépression comprise entre 30 et 50 Cm H_2O . Des appareils muraux de régulation de pression permettent les aspirations à faible débit.

et un nombre approprié de prises de courant 220 V.

Tous les lits sont équipés d'un cardioscope et d'une table où l'on dispose pour chaque malade d'un matériel stérile : stéthoscope marteau réflexe, appareil à tension, etc...

Un chariot pour chaque lit pour les soins infirmiers

Deux thermomètres électriques.

Un appareil téléphonique relié au standard

Un système d'interphone reliant tous les locaux du service

Un système de climatisation.

Il est à noter l'absence de groupe électrogène de secours permettant d'assurer le branchement de tous les appareils, du matelas alternating au respirateur .

Il n'existe pas de télésurveillance électronique, ni de table de surveillance centrale.

L'équipement mobile comprend quant à lui :

- 4 lits de réanimation sur roulettes, de type " tous soins " équipés d'un matelas alternating. Sur chacun d'eux l'abord en est facile.
- 5 respirateurs de type lourd : SF4.
- un scope mobile avec défibrillateur et permettant l'enregistrement de traces.
- 2 entraîneurs électrodiastoliques.

Il n'y a pas de chariot de réanimation du fait que tout est à portée de la main.

Sont en commun pour tout le service d'urgence :

- un échoencéphalographe
- un électroencéphalographe
- un appareil d'électroradiologie mobile
- 2 celogs
- un cardioscope avec stimulateurs et défibrillateur
- un RPR pour les 2 blocs
- un trépied pour anesthésie ambulatoire
- un chariot de réanimation réunissant tout le matériel d'urgence et de réanimation, à savoir :deux boîtes pour intubation adultes et enfants, sondes endotrachéales, cathéter, perfuseurs, sonde d'aspiration, solutés macromoléculaires et différentes drogues, etc...

L'EFFECTIF.

I - INFIRMIERS.

1) de jour

- Soins intensifs : 3 équipes de deux..... 6
- Chirurgie : 3 équipes de deux..... 6
  - bloc : 1 par équipe plus 1 en 2 fois..... 4
  - urgence : 3 équipes de 2..... 6
  - soins externes 2 infirmiers à temps partiel..... 2
- Médecine : 3 équipes de deux..... 6
- E E G : 1 infirmière..... 1

2) de nuit

- Une surveillante..... 1
- Soins intensifs..... 3
- Chirurgie..... 3
- Médecine..... 2

Total : 40

II - MANIPULATIONS RADIO.

1) de jour : un manipulateur..... 1

2) de nuit : aucun..... 0

Total : 1

III - AIDES SOIGNANTS.

1) de jour :

- Soins intensifs : 3 équipes de 2..... 6
- Chirurgie : Soins : 1 par équipe..... 3
  Bloc : 1 par équipe..... 3
  Soins externes : 1 par équipe..... 3
  Urgence : 1 par équipe..... 3
- Médecine : Soins : 1 par équipe..... 3
  Urgence: 1 par équipe..... 3

2) de nuit :

- Soins intensifs..... 3
- Chirurgie : Soins..... 2
  Bloc..... 2
  Urgence..... 2
- Médecine..... 1

Total : 34

IV - AIDES SOIGNATES MEDICALES.

de jour :

- Soins intensifs : Un par équipe..... 3
- Chirurgie : Soins : 1 par équipe..... 3
  Bloc : 1 par équipe..... 3
  Urgence: 1 par équipe..... 3
  Soins externes : 1 par équipe..... 3
  Sortie : 1 par équipe..... 3
- Médecine : 1 par équipe..... 3
- Sous-sol : 1 par équipe..... 2

Total : 23

V - AUTRES CATEGORIES.

- Standard	:	1 A.S.M. faisant fonction	
		1 Agent par poste.....	3
		1 Agent par poste de nuit.....	2
- Accueil	:	1 A.S.M. faisant fonction	
		1 Agent par poste.....	3
- Radio	:	1 A.S.M. faisant fonction	
		1 Aide manipulateur par équipe.....	4
		Total:	12

PERSONNEL ADMINISTRATIF.

Secrétaires médicales.....	2
Agents administratifs.....	2
Registre de recettes.....	1
Archives : 1 A.S.M. faisant fonction.....	1
Surveillants.....	3
Total:	9

PERSONNEL MEDICAL.

Chef de service.....	1
Assistant.....	1
Interne anesthésie.....	2
Interne chirurgie.....	3
Interne médecine.....	2
Stagiaires internes	
. chirurgie.....	4
. médecine.....	4
Externes chirurgie.....	10
médecine.....	5
Externes 2ème A 2ème Cycle	
. chirurgie.....	2
. médecine.....	2
Total :	36

AU TOTAL : 156 PERSONNES.

FONCTIONNEMENT.

Le Service d'urgence et de soins intensifs est sous l'autorité du Dr. VIGNON, Médecin Anesthésiologiste Réanimateur.

Le Service d'urgence fonctionne comme un service de porte.

LE SURC : Service d'urgence et de réanimation chirurgicale.

De 8 h à 14 h, l'interne de chirurgie avec son équipe assurent les entrées et les soins, ils sont assistés par un chirurgien à temps partiel, pour la matinée. La nomination d'un chirurgien à temps partiel est effectuée depuis un mois.

A partir de 14 h, l'interne de chirurgie est doublé par un interne appartenant au Service chirurgical de garde, les deux sont couverts par le chirurgien de garde.

A partir de 20 h, seuls l'interne et le chirurgien de garde assurent les urgences chirurgicales et cela jusqu'à 8 h.

Les dimanches et les jours fériés sont aussi assurés à tour de rôle par les Services chirurgicaux.

L'UER de St-Etienne comporte une unité de Neurochirurgie dirigée par le Professeur Agrégé DECHAUME qui :

- suit les malades de neurotraumatologie
- reçoit les malades dans le Service de Neurochirurgie à Lyon.

Le Docteur VITTET et le Docteur ROUVES donnent les soins et les techniques qui leur sont propres.

Ainsi, grâce aux chirurgiens, aux neurologues et aux réanimateurs, le Service d'urgence chirurgicale fonctionne de façon satisfaisante.

LE SURM : Service d'urgence et de réanimation médicale.

Ici aussi c'est l'interne qui assure les urgences. Il est aidé par un externe ou un stagiaire interne.

Le problème du SURM est un peu plus complexe étant donné la variété de malades, la situation est souvent difficile.

Bien sûr, l'interne n'est pas livré à lui-même, le Dr. VIGNON ainsi que les anesthésistes sont présents la journée dans le Service mais malgré cela, trop de problèmes se posent parce que l'activité du service augmente constamment, alors que les effectifs sont insuffisants.

Le manque de lits nous oblige souvent à muter des malades dans un état grave, là ou la surveillance et les soins sont difficiles en raison du manque de personnel, surtout la nuit.

L'absence d'attaché de cardiologie, d'endocrinologie, de gastroentérologie et de neuropsychiatres est très souvent ressentie, et si les médecins de l'Hôpital répondent toujours à notre appel le matin et se déplacent, l'après-midi et la nuit il peut y avoir quelques problèmes.

En conclusion, la nomination d'attachés dans différentes disciplines serait souhaitable.

LE SUSI : Service d'urgence et de soins intensifs.

Il est confié à deux élèves en CES d'anesthésie et de réanimation, un en 3ème A et un en 2ème ou 1ère A, toujours assistés par le chef de service.

Ils assurent les soins et la surveillance des malades 24 h sur 24 h.

ETUDE STATISTIQUE DE L'ACTIVITE DU PAVILLON D'URGENCE (PU)

1/ - L'URGENCE AVANT LA CREATION DU PU

L'analyse rétrospective de la situation médicale peut servir de repère pour juger des progrès accomplis dans le domaine de l'urgence médicale, chirurgicale et soins intensifs.

A son arrivé le malade était orienté vers un service de chirurgie de garde ou au service médical de garde (construction légère en bois) qui recevait les urgences médicales et toxiques selon le caractère de son affection et l'on voit déjà tous les cas litigieux que pareille distinction entraîne.

Deux spécialités, la pédiatrie et l'obstétrique, dont les problèmes sont particuliers, avaient déjà une organisation autonome.

a) L'urgence chirurgicale était depuis longtemps relativement codifiée.

Chaque service chirurgical assure une garde de un à deux jours par semaine, les dimanches et jours fériés étant pris à tour de rôle.

Le chirurgien de garde, chef de service ou assistant, supervise l'activité des urgences, opère les urgences chirurgicales mais est d'astreinte à domicile.

Tous les malades nécessitant une réanimation ou une surveillance prolongée sont évacués sur LYON (surtout les polytraumatisés, tous les TC graves).

b) L'urgence médicale se trouvait encore plus défavorisée car le lieu ne se prêtait pas du tout à l'urgence, 8 ou 9 lits dans un châlet où l'interne, un externe et 2 infirmières devaient faire face à toutes sortes d'urgences, et devant l'extrême variété et souvent la gravité des malades, devant le manque d'encadrement, le manque de matériel adapté aux urgences, cette situation ne pouvait durer longtemps et heureusement elle fut que de courte durée.

2/ - MODES D'ENTREE DES MALADES ADMIS DANS LE SERVICE.

Deux modes d'entrée dominent :

a) l'entrée en urgence ; le malade étant amené par les pompiers ou les services de police-secours, ou par une ambulance privée sans que le sujet ait été vu par un médecin.

Les pompiers amènent essentiellement les malades qui ont eu un malaise sur la voie publique : ictus, infarctus du myocarde, crise d'épilepsie ou syncope banale et bénigne.

Ce type de malade est également transféré par les services de police, qui emmènent en outre les sujets dont l'état anormal a été découvert par une ronde de police ou à l'occasion d'un appel téléphonique à Police Secours : ivrogne en état d'ébriété grave, vagabond découvert errant dans la rue et ne pouvant donner ni son nom, ni son adresse, agité forcené qui nécessite une contention matérielle.

Les ambulances privées véhiculent essentiellement les sujets en état de coma : en rentrant chez elle, une personne trouve quelqu'un de sa famille dans le coma, conséquence soit d'une intoxication (suicide ou intoxication accidentelle), soit d'une affection variable : par téléphone elle ne peut obtenir un médecin dans l'immédiat et une ambulance appelée transporte directement le malade à l'hôpital.

La police de la route a la lourde charge du ramassage des blessés de la route.

b) l'envoi par un médecin est le second mode d'entrée : un médecin estime que l'état d'un malade justifie l'hospitalisation d'urgence soit par suite de la gravité de l'affection, soit par suite des conditions de vie qui empêchent tout traitement efficace.

c) un pourcentage plus faible est reçu à la suite d'une consultation, d'un transfert d'un autre service etc... La logique veut que ces malades soient présentés au service de porte où l'entrée serait effectuée puis admis dansle service adéquat.

d) enfin, les sujets venant par eux-mêmes.

Le triage entre malades médicaux et chirurgicaux est souvent fait par le médecin lui-même qui adresse son malade à une de ces deux unités. Pour le malade arrivant de lui-même, ou trouvé sur la voie publique, et donc amené par le service de police ou les pompiers, le triage est effectué sur place.

Tableau N° 2

HOPITAL DE BELLEVUE -

STATISTIQUES DU MOUVEMENT ET DES JOURNEES D'HOSPITALISATION

	1971	1972	1973
HOPITAL	entrées : 22 676 journées :365 567	entrées : 26 371 journées :369 197	entrées : 25 749 journées :364 885
SURM	hospitalisés : ? journées : 2 032	hospitalisés:1 416 journées : 2 878	hospitalisés:1 578 journées : 3 239
SURC	hospitalisés : ? journées : 3 051	hospitalisés:2 166 journées : 3 632	hospitalisés:2 371 journées : 3 971
SUSI	inexistant	hospitalisés: ? journées : 782	hospitalisés: 284 journées : 1 202

3/ - ACTIVITE GLOBALE DU PU.

Dans une première partie, nous allons tenter de faire une étude statistique comparée des années 71 - 72 et 73 de toutes les admissions à l'hôpital et de celles du PU.

Dans une deuxième partie, l'urgence médicochirurgicale : le SURC - le SURM.

Et dans la troisième partie le SUSI.

A) - Etude comparée de l'hôpital et du SUSI.

Nous commençons par présenter nos regrets de ne pouvoir présenter un bilan comparatif par rapport aux années précédentes, nous ne possèdons en effet qu'un chiffre global du nombre des entrées de l'hôpital et du nombre de journées totalisées pour les années 1971 - 72 et 73 (Tableau n° 2).

Les chiffres présentés pour l'année 71 et 72 pour le SURC et le SURM sont ceux du SURC préexistant et du " châlet " pour le SURM.

Le nombre d'entrées globales s'il est en nette augmentation entre 71 et 72 est plutôt bas pour 73 puisque nous constatons une différence de 622 entrées en moins soit 4 312 journées.

Pour l'année 1973, sur un total de 25 723 malades hospitalisés, 4 725 ont été hospitalisés au PU soit 18%. Mais le rôle du PU ne s'arrête pas là puisque 16 793 malades ont été admis au PU et ceux qui n'y sont pas hospitalisés sont orientés vers les services périphériques. (Tableaux n° 3 - 4 et (c)).

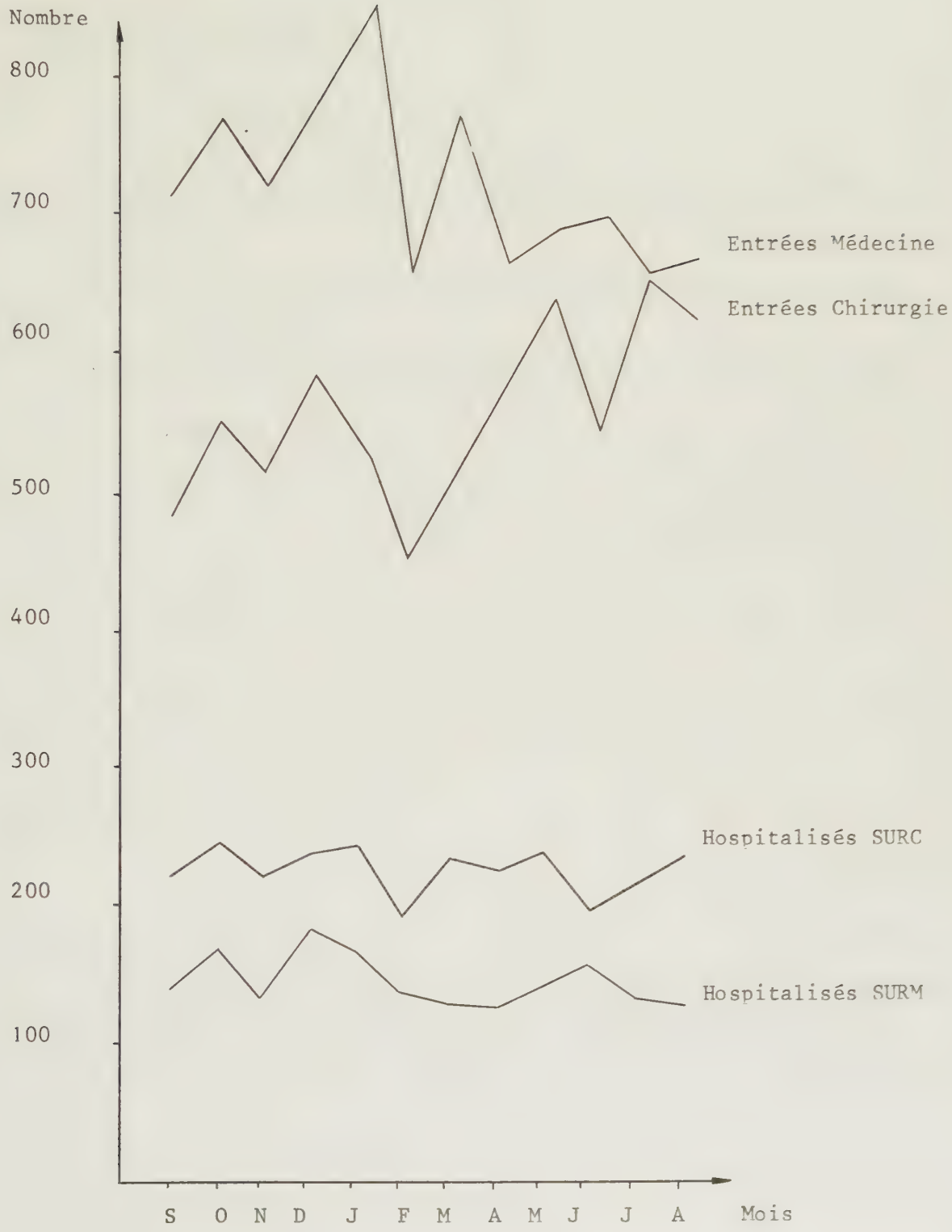
Tableau N° 3

TOTAL DES ENTREES EN URGENCE AU SERVICE D'URGENCE
ET DE SOINS INTENSIFS

	MEDECINE	CHIRURGIE	SUSI	DECES	EXTERIEUR
Septembre	709	478	14	7	33
Octobre	775	551	11	10	43
Novembre	717	514	17	11	60
Décembre	774	568	22	9	60
Janvier	851	528	14	9	72
Février	664	449	7	4	42
Mars	774	516	16	9	66
Avril	669	587	17	10	42
Mai	688	630	16	6	51
Juin	698	547	17	12	61
Juillet	657	650	11	9	55
Août	655	625	Fermé	10	40
Septembre			13		
	9 231	6 661	175	106	631

TOTAL : 16 793

Tableau N° 4


Nombre
800
700
600
500
400
300
200
100
Entrées Médecine
Entrées Chirurgie
Hospitalisés SURC
Hospitalisés SURM
S O N D J F M A M J J A
Mois

B) - Etude statistique du PU.

1/ - Généralités.

Le Service d'urgence médico-chirurgical constitue la plaque tournante de l'hôpital, son rôle s'avère fondamental pour l'accueil, le tri et les soins d'urgence.

A leur arrivée, les malades sont orientés par le service d'accueil au SURC ou au SURM, rarement au SUSI.

Pour une période de un an allant du 1.9.1972 au 31.8.1973, nous avons totalisé 16 793 entrées au service d'urgence.

Ces entrées se répartissent de la façon suivante (Tab. n° 3 - 5 - 6)

	Entrées d'urgence	hospitalisés	%
SURM = Service d'urgence médical	9 231	1 727	18 %
SURC = Service d'urgence chirurgical	6 661	2 688	43 %
SUSI = Soins Intensifs	175	310	1,84%
Décès à l'arrivée + SD	106		
Dirigés sur les hôpitaux périphériques	631		
	16 793	4 725	28,1 %

Nous n'avons pas inclus dans ces chiffres ceux des soins externes , ce sont ces malades qui se présentent pour différentes causes et dont la majorité reviennent au pansement, leur nombre n'est pas négligeable. Nous avons dénombré 9 569 pansements dont 7 502 se présentaient pour la première fois (Tab. 7).

Tableau N° 5

TOTAL DES HOSPITALISES AU PU - du 1.9.72 au 31.9.73

MOIS	SERVICE D'URGENCE MEDICALE SURM			SERVICE D'URGENCE CHIRURGICALE SURC			SERVICE DE SOINS INTENSIFS : SUSI		
	ENTREES	DECES	S. DECHAR.	ENTREES	DECES	S. DECHARGE	ENTREES	DECES	S. DECHAR.
Septembre	135	4	13	220	1	2	18	3	3
Octobre	156	5	18	248	9	2	22	5	5
Novembre	132	2	20	219	5	2	31	4	5
Décembre	183	6	8	235	5	2	34	8	4
Janvier	171	27	16	238	9	2	26	7	2
Février	137	5	8	192	2	1	17	3	2
Mars	134	6	9	234	1	2	28	7	2
Avril	130	9	9	226	0	4	29	12	3
Mai	138	9	18	243	4	4	28	5	0
Juin	152	8	9	194	1	1	25	5	4
Juillet	133	10	9	206	3	1	21	4	4
Août) Sept. pour le SUSI)	127	5	7	233	3	1	31	6	2
	1 727	96	144	2 688	43	24	310	69	36
%		5,5	8,4		1,6	0,88		22,2	11,6
%	14,1			2,4			33,8		

Tableau N° 6

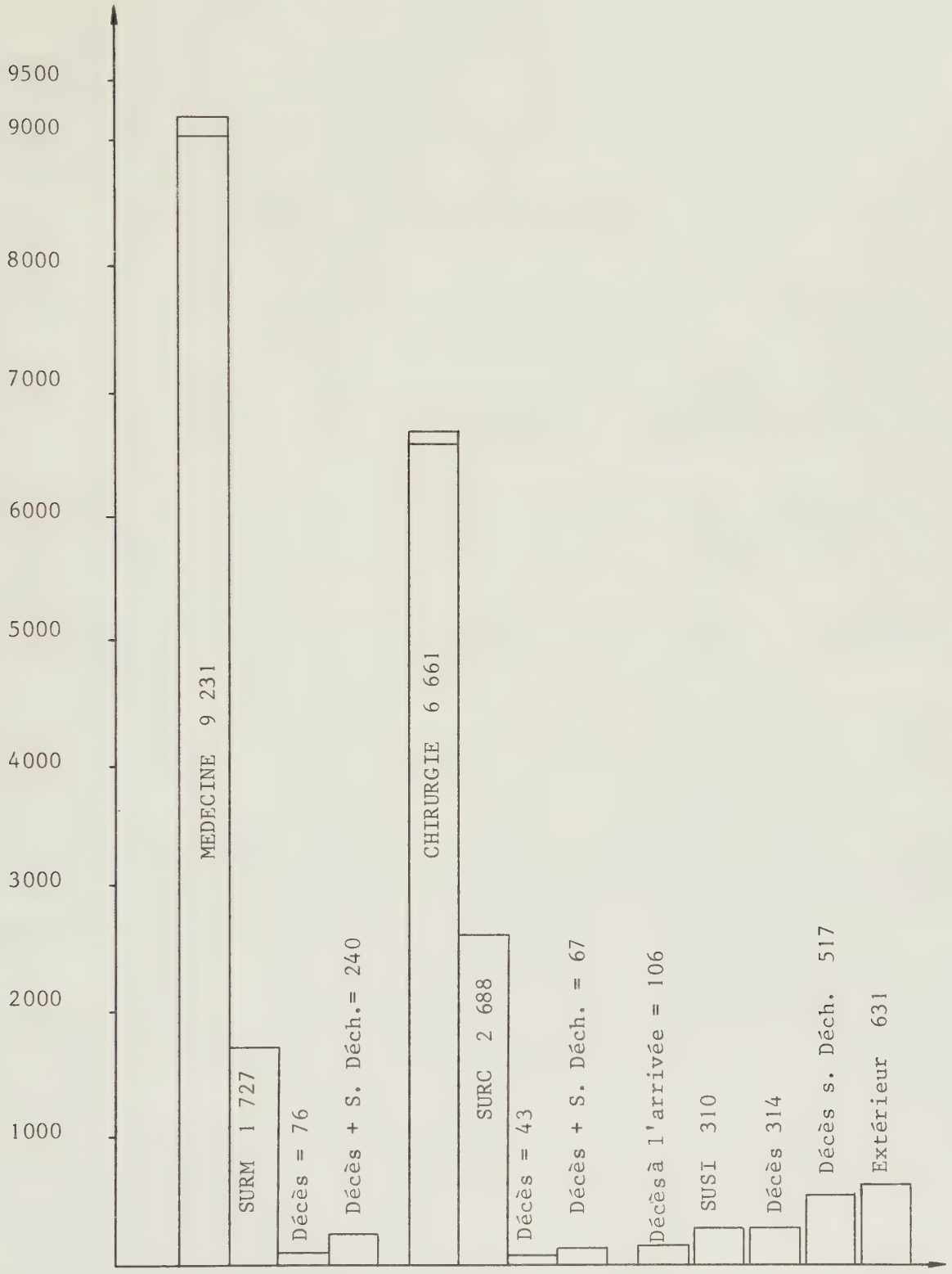


TABLEAU RECAPITULATIF DE L'ACTIVITE DU PU

Tableau N° 7

SOINS EXTERNES ET PANSEMENTS

SURC	URGENCE	PANSEMENTS	
OCTOBRE 1972.....	631	601	
NOVEMBRE 1972.....	592	769	
DECEMBRE 1972.....	578	759	
JANVIER 1973.....	525	788	
FEVRIER 1973.....	536	675	
MARS 1973.....	540	887	
A VRIL 1973.....	689	834	
MAI 1973.....	719	892	
JUIN 1973.....	782	982	
JUILLET 1973.....	583	716	Il manque 7 jours
AOUT 1973.....	701	745	il manque 1 jour
SEPTEMBRE 1973.....	637	921	
	7 502	9 569	

2/ - Le SURC.

a) Variétés statistiques des urgences chirurgicales (Tab. 8).

Ce qui frappe le plus c'est la grande variété, il y a de tout et notre liste n'est pas limitative, le groupement est souvent arbitraire.

1 - La place que tient la traumatologie dans les entrées du SURC est très importante, plus de 1 674 sur un total de 2 688 des malades hospitalisés sont des traumatisés encore que notre étude ne tient compte ni des malades hospitalisés directement dans le service du Dr. CHATAIN, par faute de place, ni de ceux adressés à LYON, ce sont souvent des traumatisés crâniens graves relevant de la neurochirurgie, ni de ceux transférés au SUSI, des polytraumatisés, et comme nous le verrons ils tiennent une grande place.

Parmi les traumatisés, nous devons nous attarder sur les TC, ils constituent 28% des malades hospitalisés au SURC, soit 704, plus de la moitié de ces malades présentent un TC ou un TC + PC ou TC + PC + plaie.

La conduite à tenir est classique : un bilan radio. surveillance surtout, deux échogrammes pratiqués dans l'intervalle de 48 h. S'ils sont en place et si le malade ne se plaint de rien, il rentre chez lui.

Nous sommes souvent obligés de laisser partir ces malades faute de place, nous ne pensons pas commettre d'erreur mais malheureusement il arrive que des malades reviennent dans les jours qui suivent, présentant des tableaux divers rattachés à leur TC.

Pour d'autres, le problème est plus complexe. Nous avons à notre disposition pour inventorier des TC même graves : un échographe, un électroencéphalographe et la radio. Ce n'est pas suffisant et très souvent nous sommes obligés d'évacuer le malade sur LYON pour une artériographie carotidienne.

Par ailleurs, les TC comme les autres traumatisés d'ailleurs nécessitent une surveillance assidue et à des intervalles réguliers, malheureusement il n'y a pas assez d'infirmières ni assez d'externes pour le faire. Une solution doit être trouvée afin que les malades soient suivis de plus près et que tout doit être noté afin d'éviter les erreurs.

Le même pourcentage 29,2% soit 745 hospitalisés au SURC est constitué par la traumatologie, ce nombre est inférieur à la réalité car beaucoup de malades sont transférés directement dans le service d'orthopédie, comme nous l'avons déjà signalé.

Ces malades soulèvent peu de problèmes, le plus important étant celui de leur mutation.

2 - La chirurgie abdominale : 24,8 % soit 614 hospitalisés.

Elle est très variés, les syndromes appendiculaires et abdominaux dominent la scène. Toutes les fois que l'indication est posée le malade est opéré en PU. Le lendemain ces malades sont mutés dans le service de chirurgie, dit de garde, si leur état le permet, il en est de même des malades mis en observation.

3 - La gynécologie : 76 hospitalisées.

En réalité l'urgence gynéco-obstétricale est assurée par le service du Dr. LASELVE, pour chaque cas qui se présente au PU, l'interne de garde en gynéco-obstétrique donne son avis et dans la mesure du possible la malade est transférée avant son admission au SURC, ceci est vrai pour les fausses-couches et les hémorragies génitales, pour le reste, GEU, torsion de KO, perforation utérine ! ..., souvent les malades sont opérées au PU et mutées ensuite.

4 - Urologie : 39 cas.

Nous sommes un peu étonné par le nombre si bas de cette catégorie surtout que le Service du Dr. GILLOZ ne compte que 30 lits et que nous avons beaucoup de difficulté pour muter les malades dans ce service.

Ce nombre est peu élevé parce que l'orientation des malades est arbitraire. Ils passent au SURC comme ils passent au SURM et même souvent dans des services de médecine générale.

5 - Remarque -

Il existe une différence de 70 dossiers en moins par rapport aux archives (Tab. 5 et 8).

Plusieurs explications.

Certains malades sont notés sur le registre des admissions au SURC, mais par faute de place ils sont mutés dans d'autres services et bien sûr on n'a pas eu le temps de rédiger une observation, ou le malade est parti avec son observation. Cela ne se fait plus à l'heure actuelle.

D'autres sont transférés au SUSI avec leur dossier et évidemment sans laisser trace de leur passage sauf dans les archives.

Il y a aussi des malades qui décèdent peu de temps après leur admission, soit au bloc ou aux soins externes, et souvent ne sont pas considérés comme hospitalisés au SURC, par contre ils le sont par le service d'accueil.

De toutes les entrées au SURC 6 661, 2 688 y sont hospitalisés soit 43% (Tab. 5 - 9).

Sur ces 43%, nous enregistrons une mortalité de 1,6% soit 43 décès sur 2 688, en fait si ce chiffre est bas c'est parce que tous les malades graves sont mutés au SUSI. D'autre part, nous n'avons pas tenu compte des S. déchargés souvent des décès à l'arrivée sinon le pourcentage serait de 2,4%.

Nous n'avons pas inclus dans ces chiffres ceux des soins externes tous les petits gestes chirurgicaux et qui sont au nombre de 7 502 cas.

Nous avons essayé de représenter ces entrées en fonction des jours et des mois et de voir si on pouvait tirer quelques renseignements en fonction des jours pour les entrées globales et les hospitalisations en chirurgie (Tab. 10 - 11) en moyenne c'est le samedi où il y a le plus d'entrées. Ce sont les jours de semaine qui amènent le plus de malades de notre unité, spécialement le samedi soir et la nuit du samedi au dimanche.

Si on se rapporte auxmois, il y a aussi des pointes en Octobre d'abord puis Décembre, Janvier, ensuite Avril, Mai et Juillet-Août (Tab. 3 - 5 - 9 - 11).

Ceci est aussi vrai pour les entrées globales que pour les hospitalisés en chirurgie.

Tableau N° 8

DIAGNOSTIC A L'ENTREE

CHIRURGIE ABDOMINALE.		
App. + hernie	330	
Péritonites	15	
Cholécyst. + lithvesicul	26	
Estomac perf. gastrectomie	37	
Occlusion - éventration	109	
Rate + Foie	18	614 = 24,8%
Lap. explor. Plaie par balle, corps étranger, contusion, Ed. abdominal	36	
Infarctus intestinal + Résection du grêle	14	
Pancréotite	9	
CHIRURGIE GYNECO.		
F. couche	27	
G.E.U., ovarectomie, KO	16	
Hémorragie génitale, hématurie	25	76
Accident femmes enceintes	8	
UROLOGIE.		
Hydrodale, torsion testicule, traumatesticule.	14	
Phimosis	5	39
Coliques néph., lith urinaire, rétention	20	
CHIRURGIE THORACIQUE - PULMONAIRE.		
Contusion + fract. cotes + tr. thor	58	
Volets - plaies thora. copulmonaires		70
Trachéo	12	
CHIRURGIE VASCULAIRE.		
Oblit art des membres	18	
place ou rup de vx	8	26
TRAUMATOLOGIE.		
Membres Fractures MS	260	
MI	209	

Luxations MS.....	39	
MI.....	59	745 = 29,2%
Amputation MS - MI doigts.....	38	
Luxation + fractures MS.....	12	
MI.....	9	
Plaies MS.....	102	
MI.....	32	
Abcès - phlegmons - panaris - hématome.....	82	
TC.....	54	
TC + Fract. crâne ou face.....	32	
TC + PC.....	431	
TC + PC + Plaie.....	38	704 = 28%
TC + PC + Fract. + Plaie + Lux.....	58	
TC + Otorragie + épistaxis.....	17	
TC + PC + Tr. thoracique.....	13	
Fract. face + plaie.....	52	
Epistaxis.....	13	

POLYTRAUMATISES.

Crane + thorax + membre + bassin + viscères etc.....	86	
Fract. bassin.....	39	
Fract. colonne, tassement, luxation...	30	
Brûlures.....	17	327 = 12,9%
Lyon.....	31	
Lombago.....	16	
Transferts au SUSI.....	68	
Sorties décharges (décès).....	25	
TS chute, balle couteaux.....	15	

TOTAL..... 2 518

/

2 688

Différence : 70

Tableau N° 9

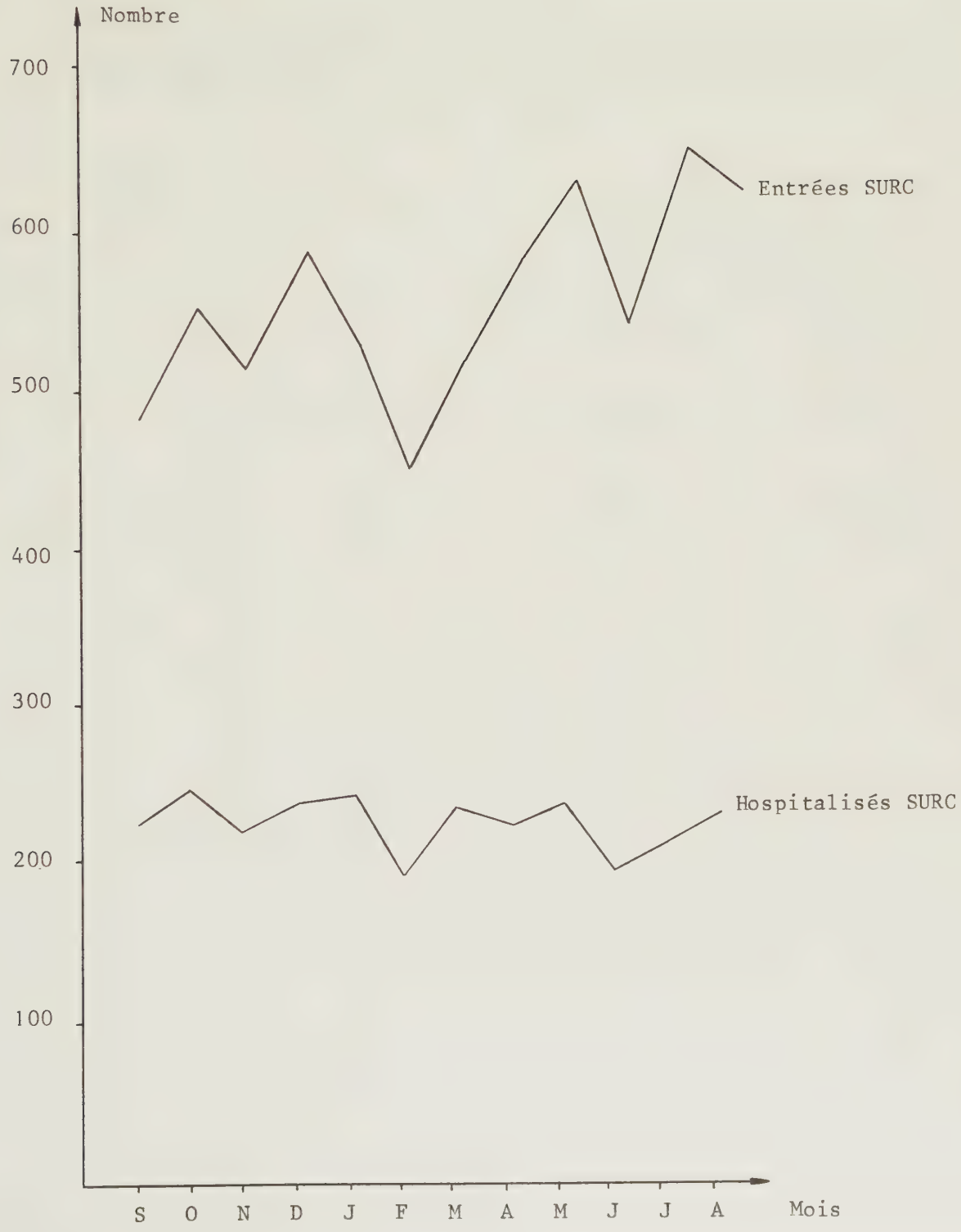
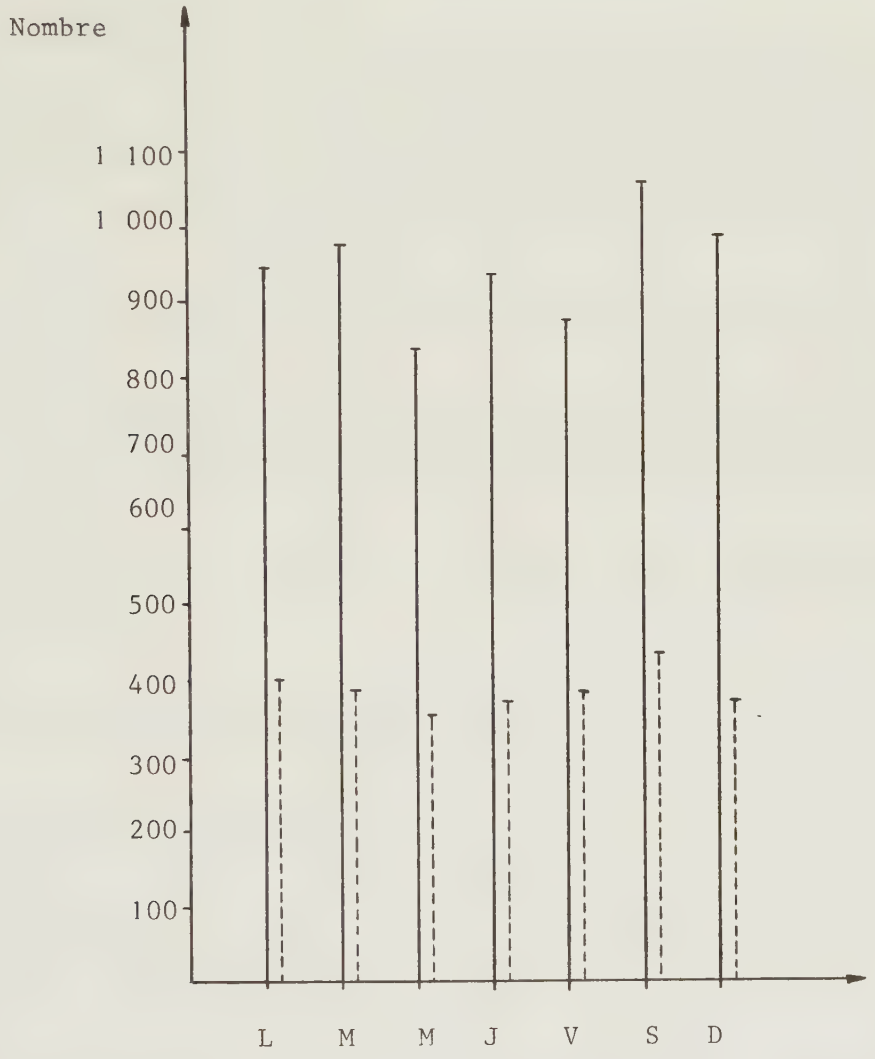

Nombre
700
600
500
400
300
200
100
Entrées SURC
Hospitalisés SURC
S
O
N
D
J
F
M
A
M
J
J
A
Mois

Tableau N° 10

RAPPORT DES HOSPITALISES ET DES ENTREES AU SURC EN FONCTION DES JOURS.

2 688 / 6 661 = 43%



b) Devenir des malades hospitalisés au SURC (Tab. 12).

Plus du quart 27,4% soit 727 malades rentrent chez eux. La majorité sont ces traumatisés crâniens dont nous avons parlé plus haut, mais il y a aussi tous ces malades qu'on a dû garder par suite :

- d'anesthésie générale
- de sondage vésical
- d'hospitalisation qui paraît secondairement non justifiée et qui sont envoyés en consultation. Beaucoup de nos hospitalisés aussi sont orientés vers d'autres hopitaux. Ils sont au nombre de 297 ajoutés à ceux que l'on adresse directement. Ceci tient à ce que les hôpitaux de St-Etienne étaient parfois complets et que nous profitons de lits libres dans les hôpitaux périphériques : Firminy, Rive de Gier, St-Chamond et même dans certaines occasions très rares : Annonay, Montbrison.

La grande majorité des malades sont mutés comme il se doit et respectivement en fonction des jours de garde des services chirurgicaux.

Le nombre de malades relevant de la traumatologie est à peine plus élevé que celui de la chirurgie générale 615 et 521. En fait, beaucoup de malades orthopédiques peuvent être mutés en chirurgie générale chez le Dr. CUILLERET ou mutés directement en orthopédie sans séjourner au SURC.

Nous avons là aussi une différence de 52 dossiers en moins par rapport aux hospitalisés, dont on ignore le devenir, en plus des inconnus qui sont au nombre de 33.

Ces 52 dossiers qui manquent peuvent trouver les mêmes explications que ceux déjà cités plus haut.

Avant de clore ce chapitre sur le SURC, nous aimerions nous attarder sur les services annexes :

1) Deux salles d'opération septique et aseptique isolées par rapport au reste du service méritent toute notre attention. Ces deux salles d'opération peuvent très bien rendre compte de l'activité chirurgicale du PU si nous avons fait notre étude sur l'année 71 ou 73.

Pour l'année 72 et le début 73, nous n'avons aucune possibilité d'approche de cette activité, les comptes-rendus opératoires se faisaient sur les dossiers seulement, ces dossiers ont disparu et le plus souvent parce que les dossiers sont transmis au service qui ne les remet pas.

Nous avons tenté de détourner la difficulté en additionnant la somme des K chirurgicaux et anesthésiques mais trop de K manquent, nous le regrettons aussi. Actuellement, le mal est réparé, d'ailleurs si on se réfère au tableau (8) nous pouvons avoir une idée de cette activité.

2) La radiologie : Le service de radiologie a une activité très intense, en effet il doit satisfaire toutes les demandes en urgence du service de porte et faire tous les bilans quotidiens des malades hospitalisés au SURC, au SURM et au SUSI (4.000 clichés radiologiques par mois environ).

- Nous pensons que le personnel est nettement insuffisant : un manipulateur qualifié le jour, la nuit c'est un infirmier qui assure la radiologie.

- L'appareil de radiologie mobile rend service pour des radios au lit du malade, mais nous n'avons pas d'amplificateur de brillance ni de radioscopie, ces deux appareils sont bien sûr très utiles dans un service d'urgence.

- Par ailleurs, la salle de radio ne se prête pas pour pratiquer des artériographies.

Il manque donc du matériel, du personnel et des locaux adaptés.

Tableau N° 12

AFFECTATION DES MALADES HOSPITALISES AU SURC - du 1.8.1972 au 31.9.1973

MOIS	Domicile	SURM	SUSI	S. Déch.	Décès	Chirur. Thorac.	Chir. Générale	Chir. Orthop.	O R L	Pédiatrie	Convalescence	Gynéco.	Urologie	Méd.	Lyon	Clinique	Périph.	X	TOTAL
Septembre	45	3	3	2	1	0	44	38	20	4	19	6	0	12	3	2	1	0	220
Octobre	75	3	7	2	9	3	52	41	12	3	16	2	3	17	3	4	2	0	248
Novembre	51	5	5	2	5	4	39	26	24	4	17	2	0	16	3	2	4	2	219
Décembre	72	4	6	2	5	8	35	29	15	11	9	4	1	17	1	2	1	4	235
Janvier	73	3	2	2	9	7	39	25	20	4	13	3	1	18	0	5	1	0	238
Février	41	2	6	1	2	5	43	32	7	0	11	3	0	13	5	2	4	3	192
Mars	63	3	10	2	1	2	43	36	22	10	8	1	1	16	4	2	1	0	234
Avril	65	4	7	4	0	1	46	38	11	9	7	7	1	13	1	1	[illegible]	9	226
Mai	64	3	10	4	4	2	51	44	20	5	11	0	0	14	1	3	[illegible]	2	243
Juin	63	4	6	1	1	1	37	30	16	5	10	4	0	11	2	4	1	3	194
Juillet	54	2	6	1	3	1	41	26	21	6	14	7	2	13	3	1	3	6	206
Août	61	0	0	1	3	1	51	37	24	1	14	2	0	12	5	2	2	4	233
	727	36	68	24	43	35	521	403	212	62	149	41	9	176	31	30	27	33	2688 /
	27,4%																		2626

3/ - Le SURM : Service d'urgence et de réanimation médicale.

a) Introduction :

L'urgence a d'abord été chirurgicale mais l'amélioration des techniques médicales, l'efficacité de plus en plus grande de la thérapeutique ont vu croître l'importance de l'urgence médicale ; une intoxication aiguë, un coma diabétique, un infarctus du myocarde, une insuffisance respiratoire aiguë exigent un diagnostic, un traitement et une surveillance qui doivent être réalisés le plus rapidement possible ; une heure de retard peut entraîner bien souvent la mort du malade qui guérirait s'il était soigné à temps. Les chiffres donnés ci-dessous prouvent que dans un centre hospitalier le nombre de malades d'urgence médicale est actuellement supérieur à celui des malades d'urgence chirurgicale alors que ce chiffre était nettement inférieur il y a quelques années.

Concentrés dans un seul service hospitalier d'un C.H.U., les moyens en hommes et en matériel qui permettent d'améliorer en permanence les soins médicaux habituels, représentent la seule décision logique au point de vue administratif, l'habitude de travailler en commun crée des équipes orientées vers le traitement des urgences médicales ; la concentration du matériel et son usage continuel représentent un optimum souhaitable sur le plan économique.

Il n'est pas possible de différencier l'urgence médicale de l'urgence psychiatrique et de l'urgence sociale. Pourquoi la psychiatrie serait-elle la seule discipline éliminée d'un centre où sont traitées les urgences des maladies du poumon, du coeur, du système nerveux, du tube digestif, du foie, du sang, etc... ? Comment distinguer les troubles psychiatriques dûs à une atteinte purement psychique, de ceux secondaires à une atteinte organique telles les manifestations psychiques des intoxications exo ou endogènes ? Comment différencier les syndromes ébrieux de l'ivresse des troubles relevant d'une autre cause toxique. Le délirium trémens nécessite d'abord des techniques de réanimation puis un traitement psychiatrique, enfin une aide sociale. Le vagabond, le vieillard dément nécessitent des soins médicaux, une assistance psychiatrique, une aide sociale, suivant le cas et le moment.

Mais ce service médical d'urgence ne fournit pas certaines techniques particulières, telles l'hémodialyse, l'artériographie cérébrale... faute de personnel, de locaux, d'infirmières, elles doivent être réalisées uniquement dans un centre spécialisé.

Des unités de réanimation d'urgence cardiaque, pulmoniare, digestive, doivent exister dans les services de chaque spécialité, elles faciliteraient le fonctionnement du service d'urgence médicale en le déchargeant d'un certain nombre de malades, en améliorant les techniques de soins et en créant un service de garde de médecins spécialisés auquel le service d'urgence peut

faire appel dans certains cas particulièrement difficiles ; mais il y a toujours trop de malades dans ces services et le service d'urgence médicale, dont l'un des buts essentiels est d'hospitaliser immédiatement tous les malades dont l'état nécessite une hospitalisation d'urgence, garde toujours sa nécessité.

Le service d'urgence médicale a un rôle fondamental dans le fonctionnement d'un centre hospitalier par la relative tranquillité qu'il laisse aux services pendant l'après-midi et la nuit, par la possibilité, en cas de besoin, d'effectuer un bilan en un ou deux jours, par le triage rapide des malades dont certains peuvent être soignés à une consultation.

Ce service est un accordéon qui peut supporter l'afflux des malades hivernaux et j'allais dire estivaux, car les deux pointes d'hospitalisation sont en Décembre Janvier et Juin Juillet, cette dernière étant due au nombre élevé d'hôpitaux et de cliniques qui ferment leurs portes. D'autre part ce service peut mettre en train des techniques ou des examens difficiles à exécuter ailleurs qu'à l'hôpital ou même il peut adresser ces sujets dans un service plus spécialisé à Lyon.

Tous ceux qui s'intéressent à une amélioration de la planification sanitaire et tout particulièrement la Sécurité Sociale, ne peuvent que se réjouir de l'efficacité qu'apporte dans ce domaine difficile le service d'urgence médicale.

b) Etude statistique

Ce travail est l'étude préliminaire du fonctionnement du service d'urgence médicale d'abord sur 7 mois puis sur 1 an.

Il s'agit d'un recensement à postériori, effectué en faisant appel à un dépouillement des archives détenues par le service d'accueil, des dossiers propres du SURM détenus par le Secrétarait du PU, des cahiers des mouvements des malades tenus par les externes et des dossiers propres des malades (Tab. 13).

Nous avons effectué une étude séparée sur chacun de ces éléments et nous avons été surpris par la discordance entre le nombre d'admission communiqué par l'administration (service d'accueil) et celui de nos malades.

C'est aussi en faisant une étude statistique sur 7 mois, afin de montrer le polymorphisme des urgences, que nous nous sommes trouvés devant des chiffres très discordants. En effet, le nombre des entrées au SURM s'élève à 3 578 en 7 mois, si on se réfère aux archives, et de 2 263 si on tient compte des malades admis au SURM. Cette discordance tient au fait que toutes les entrées ne sont pas consignées sur les cahiers détenus par les externes pour la raison suivante : certains malades n'ont pas été hospitalisés, ils ont reçu des soins et une ordonnance, d'autres sont repartis spontanément après avoir accompli les formalités d'admission mais avant d'avoir été examinés par un médecin. Plus nombreux sont ceux adressés pour un autre service et qui ont transité par le SURM.

c) Variétés statistiques des hospitalisations médicales (Tab. 13).

En réalité, à côté des urgences médicales, il faut faire une part importante à la pathologie toxique, intoxication aiguës volontaires surtout les urgences médicales.

Nous préfèrons une classification par appareil plutôt qu'une classification étiologique afin d'éviter les diagnostics erronés, mais notre but est surtout pour mettre l'accent sur l'extrême variété de l'urgence médicale.

1/ - LES URGENCES MEDICALES.

a) Les affections de l'appareil respiratoire.

- les pneumopathies aiguës représentent la majorité des admissions de ce groupe : bronchites, bronchopneumonies, pneumonies, congestions pulmonaires, pleurésies, responsables d'une partie importante des admissions hivernales, c'est aussi dû au contexte minier de la région.
- les hémoptysies : sont plus rares.
- les dyspnées paroxystiques d'origine pulmonaire, asthme le plus fréquemment, silicose, pneumothorax cutanés.
- les pneumopathies chroniques des complications : dilatation des bronches, emphysème, etc...

b) Les affections des appareils digestif et endocrinien.

On rencontre surtout :

- des hémorragies digestives (le plus fréquent)
- et des accidents diabétiques (précomas ou comas).

Plus rare :

- des coliques hépatiques
- des ictères
- des syndromes ulcéreux
- des syndromes colitiques variés.

Tableau N° 13

CLASSIFICATION DES ENTREES SELON LEUR AFFECTION

Période du 1.2.1973 au 31.8.1973

	F	M	A	M	J	J	A	
AFFECTION TOXICO								
T. SUICIDE	33	34	41	32	51	24	21	236
Ac. professionnels	17	7	7	2	2	7	7	49
TS chirurgicales	2	1	2	4	1	1	0	11
MAL. PSYCHIATRIQUES								
Névroses psychoses	54	48	35	41	39	21	42	280
Troubles conscience, dépression angoisse	5	8	18	11	10	12	7	69
Agitation	6	4	10	10	15	13	10	68
ALCOOLISME								
Ivresse, DT, encéphalopathies	24	17	18	18	17	27	35	156
Autres troubles	16	8	9	6	6	14	16	75
Malaises, lipothymies, P.C.	37	41	9	14	19	17	15	152
GYNECOLOGIE	0	4	3	3	5	6	4	25
Médecine générale	50	58	44	73	84	93	93	495
Coeur et vaisseaux	46	58	62	39	60	59	48	372
Poumons	79	61	75	64	50	49	52	429
Cerveau	20	32	35	39	27	24	21	198
Tube digestif	62	66	55	84	73	79	85	414
Coma Endocrino	14	22	14	19	13	15	20	117
Uro-Nephro	22	24	15	17	18	26	18	140
Misère physiologique	9	12	10	13	16	8	12	82
Chirurgicaux	3	1	2	0	3	3	4	16
								2263

Chiffre réel : 3 578
Chiffre trouvé : 2 263

Différence : 1 315

c) Les affections de l'appareil CV.

Ce sont surtout :

- les A.V.C.
- les infarctus du myocarde
- les insuffisances cardiaques
- les insuffisances coronariennes
- les A.O.P.
- rarement des embolies pulmonaires ou des MI.

d) Les affections de l'appareil urinaire.

Les syndromes les plus fréquemment rencontrés :

- les coliques néphrétiques
- les rétentions d'urine
- les hématuries
- les insuffisances rénales aiguës avec azotémie
- syndromes infectieux.

e) Les maladies infectieuses et parasitaires.

En hiver ce sont les grippes, autrement on rencontre des méningites surtout.

f) Les affections neuropsychiatriques.

Leur place est loin d'être négligeable. Ce sont des malades qui présentent une agitation psychomotrice. Beaucoup rentrent chez eux le lendemain, c'est le cas des épileptiques connus et suivis, les malaises lipothymiques, les ivresses aiguës, etc...

Par contre, les délires, les syndromes dépressifs, les mélancolies, les maniaques, les états confusionnels sont adressés en fonction de leur provenance au secteur correspondant. C'est à l'attaché de psychiatrie du service d'urgence de décider de la conduite à tenir.

Un grand problème est celui des maladesagités, dans les services d'urgence. Ils sont difficiles à calmer et gênent beaucoup les autres malades.

Cette liste est loin d'être complète car comme partout ailleurs, il existe des cas sociaux des misères physiologiques, des malades grabataires ne pouvant être admis dans le service correspondant faute de place ou de surveillance.

2/ - LES INTOXICATIONS.

Les intoxications volontaires ou TS dominent ce chapitre (Tab. N° 13 - 14).

Toutes les drogues sont rencontrées, barbituriques, tranquillisants neuroleptiques, hypnotiques, gaz de ville ou butane, noyades, pendaisons, raticides...

C'est presque de la routine si ce n'est la gravité de certaines TS et le sérieux qu'il faut leur porter. L'anesthésiste est toujours sur place pour effectuer une intubation quand c'est nécessaire et pour décider de la conduite à tenir surtout pour le type de diurèse, de la surveillance cardiaque et de l'assistance respiratoire, etc...

Là aussi, dès que le malade est hors de danger et complètement lucide, il est confié à l'attaché de psychiatrie qui à son tour juge s'il faut le laisser partir ou l'hospitaliser.

Nous n'avons pas dénombré le pourcentage des deux sexes dans cette pathologie, ni les causes de ces TS, ni le devenir de ces malades, un travail devait être fait à ce sujet. Nous nous sommes contentés de mettre en valeur l'importance de ce type d'urgence en fonction des jours et des mois, mais ce qu'il faut retenir c'est surtout le nombre de plus en plus croissant de ces malades.

Dans le même chapitre des intoxications, une grande place est réservée aux intoxications alcooliques.

Si les ivresses aiguës sont rencontrées comme presque partout ailleurs, il est incontestable que les complications dues à l'alcoolisme battent les records.

A côté des cirrhoses à tous les stades avec leurs complications, nous rencontrons fréquemment des pré DT , des DT et des cirrhoses au stade terminal.

Il y a peu de différence entre les jours de la semaine. Le lundi est le jour où le chiffre est le plus élevé, est-ce la conséquence des sombres dimanches ? Mercredi, jeudi et le vendredi sont les jours où le nombre est le plus bas mais la différence est discrète (Tab. 14).

Les mois d'Avril, Mai et Juin sont les mois de plus forte affluence, à quoi correspondent ces différences ? il ne nous est pas possible d'y répondre.

3/ - DEVENIR DES MALADES HOSPITALISES AU SURM - Etude sur 7 mois (Tab. 15).

Les mutations représentent une étape essentielle dans le fonctionnement du service d'urgence médicale ; mais elles nécessitent un effort considérable et devraient être renouvelées tous les jours de la part de tout le service.

Ces mutations doivent être effectuées le plus vite possible et en principe avant midi ; il n'en est pas toujours ainsi, ce qui est regrettable, car cette mutation dans l'après-midi rend parfois difficile la prise en charge rapide de la thérapeutique dans le service où est transféré le malade.

Là aussi nous notons une discordance entre le nombre de malades hospitalisés et celui des malades mutés.

Le chiffre réel est de 1 051 pour les 7 mois, celui trouvé est de 938. Il manque ainsi 113 dossiers mutés. Ceci est dû au fait que le SURM n'a pas de malades propres, c'est un lieu de transit. On mute les malades à toute heure du jour et de la nuit, et plus du tiers des malades hospitalisés le matin sont mutés dans l'après-midi. Seuls sont gardés les plus graves, tels les comateux, les détresses respiratoires, les tentatives de suicide et parfois les infarctus et il arrive que ces derniers soient mutés dans la journée.

Dans cette série de 938 malades, la répartition s'est faite de la façon suivante (Tab. 15).

Les malades ayant nécessité une hospitalisation dans les différents services de médecine générale de cardiologie, de pneumologie etc... sont au nombre de 390 soit environ 45%.

Les malades rentrés à leur domicile sont au nombre de 333 soit 35%. Ce sont souvent des tentatives de suicide bénignes, certains malades ayant subi un bilan sur place, d'autres pour qui il a été pris un rendez-vous de consultation.

Environ 7% soit 66 sorties décharges, il faut noter que parmi eux il existe des décès à l'arrivée.

6,2% soit 62 malades sont évacués sur des hôpitaux périphériques ou à LYON par suite d'une aggravation de leur état.

5,2% soit 52 malades décédés dans le service.

1,8% soit 16 malades ont un dossier administratif mais pas de dossier médical, soit il a disparu
soit le malade est sorti avant d'être examiné.

Tableau N° 14

ETUDE SUR 7 MOIS DES TS EN FONCTION DES JOURS ET DES MOIS

MOIS/JOURS	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	
FEVRIER	6	5	3	5	6	3	5	33
MARS	4	4	5	3	7	6	5	34
AVRIL	3	7	8	6	5	5	7	41
MAI	4	8	2	3	4	2	9	32
JUIN	12	6	8	6	3	9	7	51
JUILLET	7	3	3	3	0	4	4	24
AOUT	4	4	1	2	3	5	2	21
TOTAL	40	37	30	28	30	34	39	236

Tableau N° 15

AFFECTATION DES MALADES HOSPITALISES AU SURM DU 1.2.73 AU 31.8.73

	Domicile	Médecine	SUSI	Thorac.	Chirurg.	St-Etien.	Périph.	Lyon	Décès	S. Déch.	Inconnu	TOTAL	
												Trouvé	Réel
FEVRIER	50	27	5	16	3	3	3	6	5	8	6	132	137
MARS	47	34	3	13	10	2	3	3	6	6	3	130	134
AVRIL	41	35	5	17	4	0	6	2	9	9	1	129	130
MAI	51	35	3	11	7	1	1	2	9	18	1	112	139
JUIN	51	37	6	7	19	4	2	1	8	9	0	144	152
JUILLET	49	20	2	11	10	10	1	2	10	9	3	127	133
AOUT	44	27	4	8	21	5	2	2	5	7	2	127	127
TOTAL	333	215	28	73	74	25	18	18	52	66	16	938	1051
%	35%	45%				6,2%			5,2%	7%	1,8%		

1051 = chiffre réel
938 = chiffre trouvé
113 = différence

Tableau N° 16

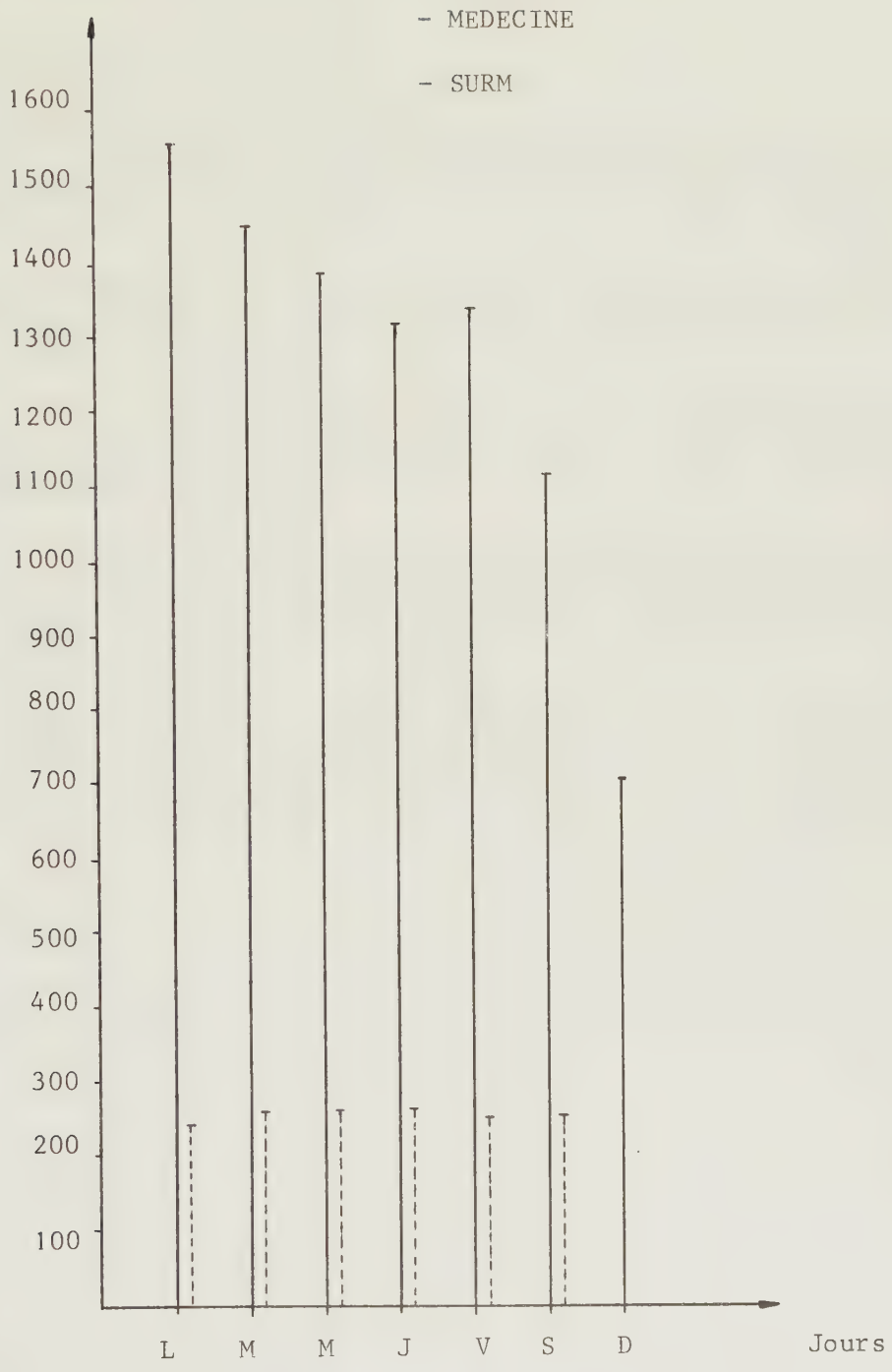
PROPORTION ENTRE LES ENTREES ET LES HOSPITALISES EN MEDECINE

	ENTREES	HOSPITALISES	DECES	S. DECHARGE
SEPTEMBRE	709	135	4	13
OCTOBRE	775	156	5	18
NOVEMBRE	717	132	2	20
DECEMBRE	774	183	6	8
JANVIER	851	171	27	16
FEVRIER	664	137	5	8
MARS	774	134	6	9
AVRIL	669	130	9	9
MAI	688	138	9	18
JUIN	698	152	8	9
JUILLET	657	133	10	9
AOUT	655	127	5	7
TOTAL	9.231	1.727	96	144
POURCENTAGE		18%		

Tableau N° 17

PROPORTION DES MALADES HOSPITALISES EN FONCTION DES ENTREES GLOBALES.

Tableau N° 18


- MEDECINE
- SURM
1600
1500
1400
1300
1200
1100
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
L
M
M
J
V
S
D
Jours

4/ - ETUDE ANALYTIQUE DE L'ACTIVITE DU SURM DU 1.9.72 au 31.8.73

Sur le tableau N° 16 - 17.

De toutes les entrées en médecine (9 232), seuls 1 727 ont été hospitalisés au SURM soit 18%. Ce pourcentage relativement bas peut s'expliquer par le fait que les malades médicaux séjournent souvent longtemps avant qu'on décide de leur mutation.

- le nombre de lits du SURM étant de 12 seulement, et de ce fait beaucoup de malades, même dans un état grave, sont hospitalisés directement dans un autre service.

- il arrive par contre qu'on fasse évacuer le maximum de malades pour pouvoir disposer de quelques lits de libres en cas d'urgence pour la nuit, les week-end et les jours fériés.

- la preuve d'une occupation quasi permanente des 12 lits peut être donnée par le tableau N° 16-17. En effet, la moyenne des entrées est de 144 malades par mois, le maximum enregistré se situe en Décembre avec l'afflux des malades hivernaux, le séjour au SURM étant plus bref.

Nous avons représenté sur les tableaux (18 - 19) une répartition en fonction des jours et des mois. C'est peut-être sans importance, notons seulement que les entrées médicales sont plus importantes en hiver avec un maximum en Décembre et en Janvier. Ceci est aussi vrai pour les entrées globales du SURM que pour celles des malades qui y sont hospitalisés.

Pour les entrées journalières, c'est le lundi, et le mardi pour les entrées globales.

Pour les malades hospitalisés, comme le service tourne à plein, le nombre est peu différent.

4/ - Le SUSI = Service des soins intensifs.

1 - Evolution du concept de la réanimation.

Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé et de la Population se préoccupe de créer au sein des hôpitaux des services aptes à recevoir des urgences.

Le premier décret remonte au 17.IV.1943, il oblige " tout hospice public à possèder un matériel permettant d'effectuer la réanimation des asphyxiés et éventuellement, selon son importance, un poste de secours constitué par une salle de pansements, un matériel pour soins urgents et quelques chambres individuelles ".

Jusqu'en 1941, le terme de réanimation ne s'appliquait qu'à la thérapeutique de ce qu'on a appelé depuis des détresses respiratoires.

Un an après, la réanimation prend un sens plus large " le blessé de guerre ", comme disaient le Médecin Capitaine BOLOT et le Médecin Sous Lieutenant DAUSSET, devient plus une urgence médicale que chirurgicale " il doit être " réchauffé " " réanimé ", véritablement " réssuscité " comme disaient les Américains. Il s'agissait effectivement de " déchoquer ", d'équilibrer la mécanique pulmonaire chez les traumatisés thoraciques " de transfuser les hémorragiques ", de lutter contre l'épuisement nerveux.

Cette notion va se développer rapidement et, après une étude du Ministère de la Santé Publique, est décidée la création en France d'un Corps d'Anesthésistes Réanimateurs des Hôpitaux et d'un diplôme d'anesthésiologie dans les facultés.

Jusqu'en 1952, il ne s'agissait que de réanimation chirurgicale quoique depuis 1949 M. LABORIT parlait déjà"de la réaction de l'organisme à l'agression ". Le Dr. HAMBUGER écrivait " tout malade grave, quelle que soit la nature de l'affection dont il est atteint, soulève un certain nombre de problèmes thérapeutiques communs à tous les cas ".

A ce propos, J. BAUMANN disait : la réanimation " d'une insuffisance respiratoire par poliomyélite, écrasement de la moelle, myasthénie, trouble de la dynamique thoraco-pulmonaire, fait appel aux mêmes méthodes. Le traitement du déséquilibre électrolytique des brûlures, des diarrhées ou des vomissements du nourrisson, des occlusions intestinales, fait appel aux mêmes principes.

En 1954, la définition de la réanimation prend une nouvelle direction avec HAMBURGER : il s'agit de la naissance d'une nouvelle discipline médicale qui comporte l'ensemble des gestes thérapeutiques destinés à conserver un équilibre humoral aussi proche que possible de la normale au cours des états morbides aigus, quelle que soit la nature : état de choc, brûlures éten-

Tableau N° 19

HOSPITALISES AU S U S I

MOIS	TOTAL DES ENTREES	DONT URGENCES	DECES + SORTIE DECHARGE
SEPTEMBRE	18	14	3 3
OCTOBRE	22	11	5 5
NOVEMBRE	31	17	4 5
DECEMBRE	34	22	8 4
JANVIER	26	14	7 2
FEVRIER	17	7	3 2
MARS	28	16	7 2
AVRIL	29	16	12 3
MAI	28	16	5 0
JUIN	25	14	5 4
JUILLET	21	11	4 4
SEPTEMBRE	31	13	6 2
TOTAL	310	175	69 36
%		56,4%	22,2% + 11,6%
%			33,8%

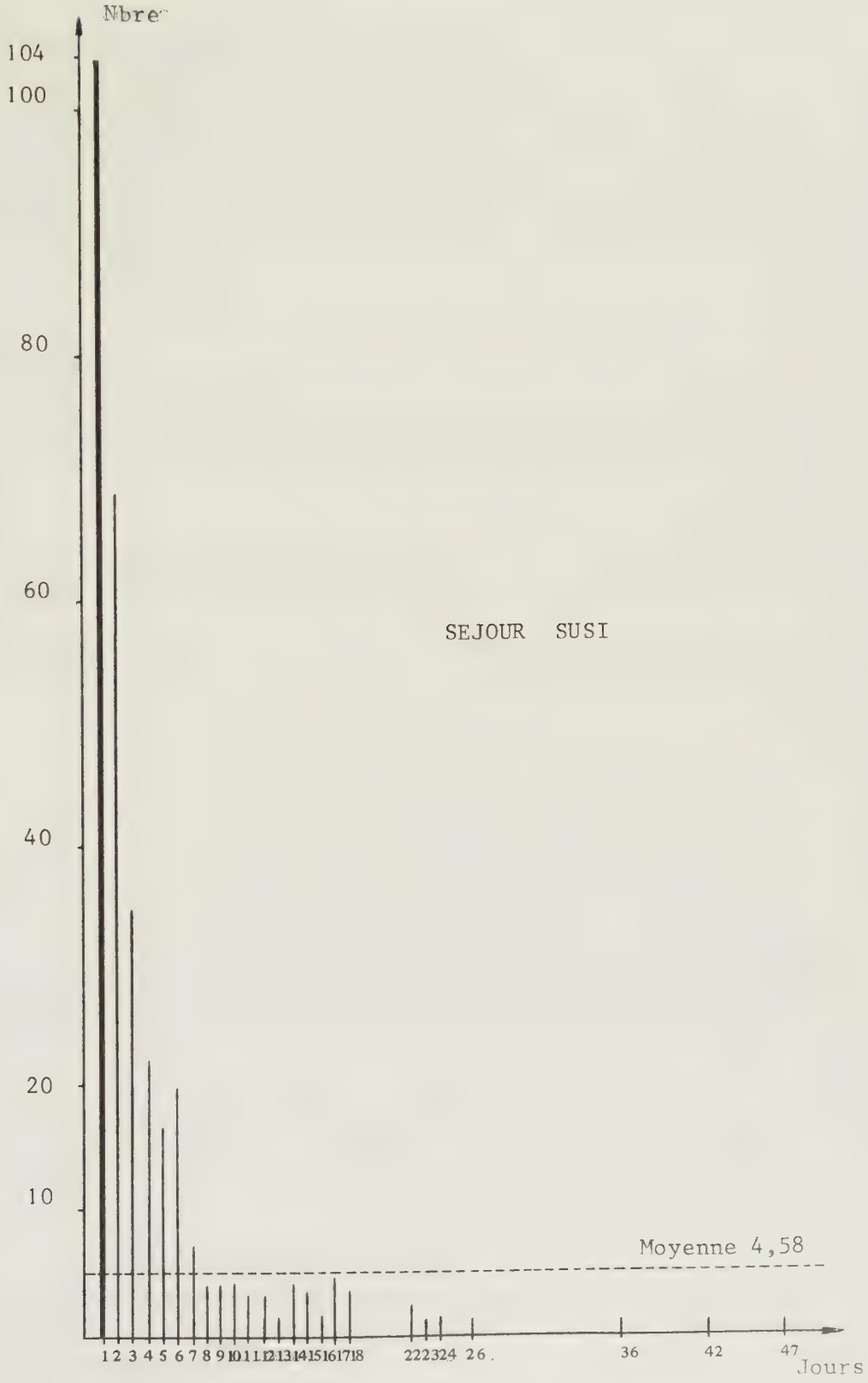
Tableau N° 20

	JOURNEES TOTALISEES
SEPTEMBRE 30 j x 4.....	144 j
OCTOBRE 31 j x 4.....	72 j
NOVEMBRE 30 j x 4.....	135 j
DECEMBRE 31 j x 4.....	93 j
JANVIER 31 j x 4.....	178 j
FEVRIER 28 j x 4.....	57 j
MARS 31 j x 4.....	127 j
AVRIL 30 j x 4.....	100 j
MAI 31 j x 4.....	126 j
JUIN 30 j x 4.....	118 j
JUILLET 31 j x 4.....	85 j
SEPTEMBRE 30 j x 4.....	88 j
1456 J	1 320 j

Rendement $\frac{1320}{1456} = 90,59\%$

Nombre de jours en moyenne par malade : $\frac{1\ 320}{310} = 4,58$ j.

Tableau N° 21


Nbre
104
100
80
60
40
20
10
SEJOUR SUSI
Moyenne 4,58
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 22 23 24 26. 36 42 47
Jours

dues, infections générales sévères, intoxications graves, traumatisme, choc opératoire ou obstétrical, néphropathies, ictères graves, etc... Mais ce n'est pas tout, il est question aussi " d'une organisation particulière ", des infirmières spécialement entraînées, et j'ajouterai dévouées, des conditions d'hospitalisation différentes à beaucoup d'égard de la norme traditionnelle, un dispositif permettant la surveillance des malades et des examens biologiques complémentaires pendant tout le nycthémère, un matériel instrumental groupé autour de lits spéciaux pour grands malades, tels sont les éléments nouveaux d'une pareille unité.

2 - Etude statistique.

Le recrutement des malades du SUSI se fait essentiellement par le service de porte. C'est ainsi que tous les polytraumatisés graves, tous les comas nécessitant une assistance respiratoire et une surveillance accrue, sont admis au SUSI.

Rares sont les malades chirurgicaux qui sont transférés des services de chirurgie pour une surveillance post-opératoire. Par contre, les malades opérés en urgence au SURC y sont souvent admis.

Nous vous proposons d'étudier l'activité du SUSI sur une période d'un an du 1.9.1972 au 30.10.1973 (le SUSI étant fermé le mois d'Août faute de personnel).

Nous envisageons sur un mode statistique successivement :

- le nombre total des entrées (Tableau N° 19)
- le chiffre total des journées d'hospitalisation (Tableaux N° 20 et 21)
- le pourcentage de mortalité (Tableau N° 19)
- la répartition en fonction de l'étiologie du mode de traitement réanimatoire et de la provenance géographique de l'ensemble des hospitalisations (ce chiffre portera sur 8 mois).

1) - Le nombre total d'hospitalisation :

Sur un an 310 malades ont été admis au SUSI dont 8 ont fait plusieurs séjours.

2) - Le total des journées d'hospitalisation :

Il s'élève à 1 320 journées d'hospitalisation, après addition de chaque chiffre individuel, ce qui correspond à une moyenne de 4,58 journées par cas traité dans notre service.

Tableau N° 22

ETUDE EN FONCTION DE L'ETIOLOGIE ET DE LA PROVENANCE GEOGRAPHIQUE

SUR 8 MOIS = 191 DOSSIERS

	NOMBRE	DECES	%	AGE MOYEN
URGENCE MEDICALE	29	21	72	58,9 ans
CARDIO	19	7	36,8	65,5
PNEUMO	10	7	70	67,7
TS	38	1	2,6	75
POLYTRAUMATISES	55	24	43	43,2
SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE	40	13	30,2	66,5
	191	73	38,2	62,6

3) - La mortalité globale se chiffre à 69 décès plus 36 sorties déchargées qui sont en fait des décès survenus dans les quelques heures qui ont suivi l'admission, aussi est-il difficile de les considérer comme des décès au SUSI, et selon le cas, le pourcentage serait de 22,32%, en comptant les sorties déchargées, de 34,27%.

4) - Répartition des hospitalisations en fonction de leur provenance géographique :

Dans cette optique, les 310 cas se scindent de la façon suivante :

- 35 cas émanant du SURM après admission
- 68 cas émanant du SURC après admission
- 175 cas émanant du service de porte, enfin les 32 autres cas, ils proviennent des services de chirurgie de l'hôpital du Dr. CUILLERET, du Dr. MELEY et du Dr. GILLOZ, mais nous avons reçu par ailleurs 3 malades de cliniques en ville.

La majorité des admissions sont des urgences admises directement au SUSI (175 cas), une part importante provenant des urgences médico-chirurgicales après un plus ou moins bref séjour dans les services respectifs (208 cas).

5) - Répartition des hospitalisations en fonction des étiologies :

Cette étude porte sur 8 mois d'hospitalisation soit 191 dossiers présentés en deux séries, les malades ayant survécu à leur affection et les décédés.

a)

Les malades ayant survécu à leur affection.

S U S I : POLYTRAUMATISES

NOM	N°	AGE	DUREE	ORIGINE	CAUSE	DESTINEE
M. VIA	1	57	2 J	Porte	Accident de la circulat. TC+PC Fractures de cotes + frac. jambe gauche - malade choqué - Bonne évolution.	SURC
M. BON	2	18	26 J	Porte	Accident de la circulat. TC+COMA Rupture de rate, plaie du foie lobe droit - fracture diaphyse fémorale gauche - fract. maxillaire inf. et sup. - plaie de la langue - fracture bassin. Fract. 3è et 4è métatarse, plaie rétropubienne - complications : phlébite MSD. Bonne évolution.	SURC
M. BEN	3	?	2 J	Porte	Accident circulation : HED Opéré en Neurologie à Lyon.	SURC
Me. CAL	4	63	2 J	Porte	TC+PC paraplégie flasque (tassement D3) Transférée en Neurologie à Lyon Bonne évolution.	NEURO
M. OUR	5	68	2 J	Porte	Fracture luxation de C3 C4 Muté à l'hôpital Neuro Lyon Bonne évolution.	NEURO
Me. GAG	6	67	1 J	Porte	TC+COMA P5 R3 D2 V1 Hématome extradural + hémorragie méningée Evacuée sur Lyon.	NEURO
M. BAR	7	64	2 J	SURC	TC+PC - coma P2 D1 R1 V1 Fracture du rocher paralysie faciale Suites simples.	SURC
M. HER	8	16	2 J	SURC	Ac. circulation - fracture cotes, pneumothorax - Coma prolongé Muté à Lyon (Neuro)	NEURO

M. OUA	9	24	6 J	SURC	Chute de mobylette - TC sans PC Amené après 5 jrs dan un état de coma P5 R3 D2 V1 Méningite à coccigram + Bonne évolution.	SURC
M. CHE	10	16	7 J	Porte	Ac. circulation : traumatisme abdominal : plaie étoilée de la face postérieure du foie lobe droit - déchirure sur 10 cm allant près de la VCI. Thorachotomie, cholecystectomie de principe. Réaction plurale - drain du Monod changé 3 fois. Bonne évolution.	Dr. CUILLERET
Me. GAR	11	16	1 J	Porte	Accident circulation . Trauma. abdominal chez une femme enceinte de 5 mois Bonne évolution - Mutée en Obstétrique.	Dr. LA SELVE
M. GAR	12	20	8 J	Porte	Traum. thoracique - Ac. de la circulation - volet latéro-postérieur - Trachéotomie - Transfert à Lyon HEH	LYON
M. LAL	13	18	3 J	Porte	Ac. circulation. Polytraumatisé. Traum. facial fract. maxillaire inf. + plaie de la langue. Fract. styloïde radiale - Trauma thoracique - Contusion abdominale laparo blanche - Trauma lombaire. Hémorragie méningée. Bonne évolution.	O R L
M. CHA	14	22	4 J	Porte	TC+PC - Coma P5 R2 D2 V1 Fract. ouverte fémur G et jambe G Bonne évolution.	SURC
M. BOI	15	42	2 J	Porte	Ac. du travail - Fract. cotes 3-4-5 et 6 à droite - 6 et 8 à gauche - Fract. du crâne. Bonne évolution.	SURC
M. DEL	16	50	2 J	Porte	Ac. circulation - Trauma thoracique, fract. arcs postérieurs 4è et 11è cotes - fract. lat. des 4-5-6 et 7 cotes sans volet. Bonne évolution .	SURC

M. DUM	17	24	5 J	Porte	Explosion de Mine : éclatement du globe oculaire droit - lésions de la paroi abdominale - plaie du lobe droit du foie - plaie angle colique droit - lésions perforantes multiples - plaie du grêle par 6 zones de perforation et arrachement d'un lambeau du mésentère. Bonne évolution.	SURC
M. CAR	18	19	2 J	Porte	Explosion de mine : plaies perforantes multiples des 2 yeux - amputation traumatique des 2 MI au niveau des genoux - amputation chirurgicale basse de la cuisse gauche amputation chirurgicale mi-cuisse à droite - plusieurs interventions sur les yeux. Bons résultats.	SURC
M. DAV	19	26	4 J	Porte	TC+Coma P5 R3 D3 VI Trachéo et mutation en neurologie à Lyon. Suites : guérison.	LYON
M. LAV	20	20	17 J	Porte	Polytraumatisé accident de circulation - plusieurs séjours TC+PC - plaie du lobe du foie : large fissure du lobe carré se prolongeant à la face inférieure - déchirure du petit épiploon. Splénectomie : plaie de la rate fracture des 2 os de l'avant bras - fracture du fémur ostéosynthèse - Complications infectieuses pulmonaires. Sortie simple : décédé au SURC .	SURC
M. OLI	21	?	24 J	Porte	Chute d'une échelle - 2 séjours TC+PC - Coma P5 R2 D2 V1. Fract. bilat. occipito frontale - trachéo. Bonne évolution.	SURC
M. OST	22	60	4 J	Porte	Chute chez un éthylique - fract. du coude - hémorragie digestive - hémorragie méningée. Bonne évolution.	Dr. GEREST

Enf. DIB	23	15	3 J	Porte	TC+Coma - Fracture orbitaire G - Méningite à pneumocoque. Bonne évolution.	Dr. FREYCON
Enf. SAN	24	14	1 J	Porte	TC+PC : fracture temporo-pariétale G - crise d'épilepsie. Bonne amélioration.	O R L
Enf. BEL	25	15	7 J	SURC	TC+PC crises de décérébration - Fract. du fémur - plaie du scrotume. Evacué sur Lyon HEH	HEH
M. MER	26	47	12 J	Porte	Chute d'un arbre de 4 m. de haut. Disjonction de C6 C7 avec arrachement apophyse épineuse - paraplégie flasque - Complication : broncho alvéolite oedèmateuse. Evacué à LYON HEH	HEH
M. ROUR	27	40	15 J	SURM	TC+PC splémectomie. Bonne évolution.	Dr. CUILLERET
M. AND	29	51	2 J	Porte	Trauma. thoracique - fracture des 4-5-6-7-8 et 10è cotes. Emphysème sous-cutané géant. Bonne évolution.	SURC
M. BOU	30	43	1 J	Porte	Polytraumatisé - Rupture du rein G néphertomisé - Fract. ouverte de l'olécrane G - Disjonction de la symphyse Fract. de D3 - Luxation épaule G. Muté à Lyon.	HOTEL-DIEU
Me. RAN	31			Porte	Accident de la circulation. Pas d'observation - Mutée en ORL.	O R L

S U S I : SURVEILLANCE POST-OPERATOIRE

NOM	N°	AGE	DUREE	ORIGINE	CAUSE	DESTINEE
M. GAG	1	60	1 J	ORL	Cancer de la langue - tabagisme, bronchite - éthyle - laryngo pharyngectomie	O R L
M. MAR	2	47	2 J	Dr. MELEY	Spondylarthrite ankylosante - gastrectomie - tachyarythemie paroxytique Réduction et surveillance.	Dr. MELEY
M. MAN	3	?	2 J	SURC	Infarctus iliomésentérique - transféré à l'Hotel Dieu pour insuffisance rénale aiguë - complication: péritonite du petit bassin - pericardite contictive. Décédé à LYON.	SURC
M. GER	4	75	10 J	Dr. CUILLERET	Réanimation post-opératoire - grande déshydratation, gros troubles respiratoires chez un diabétique ayant nécessité une trachéo. Anastomose postocave. Bonne évolution (2è séjour).	Dr. CUILLERET
Me. ROY	5	41	2 J	ORL	Hémimaxillectomie inférieure gauche pour cancer. Ethylisme, tabagisme, tuberculose pulmonaire en 67 - infarctus en 70 - Ac. vasculaire cérébral en 71 - Prédélirium tremens. Bonne évolution.	O R L
Me. DUB	6	83	6 J	SURC	Perforation du grêle - mauvais état général - réanimation post-opératoire. Bonne évolution.	SURC
M. GER	7	75	1 J	Dr. CUILLERET	HTP - anastomose portocave - cirrhose éthylique - surveillance post-opératoire 1er séjour.	Dr. CUILLERET
M. LAR	8	67	6 J	SURC	Occlusion du grêle depuis 3 semaines- réanimation pré et post-opératoire. Bonne évolution.	SURC

M. ROC	9	59	1 J	SURC	Surveillance post-opératoire. Bonne évolution.	SURC
M. PON	10	80	2 J	SURC	Mauvais état général - infarctus iléomésentérique - anastomose latérolatérale. Bonne évolution.	SURC
Me. LEN	11	82	1 J	SURC	Occlusion par bride il y a 1 mois. Reprise pour tableau subocclusif. Découverte d'une masse de l'HCG : Cancer du rein - Nephrétomie. Bonnes suites.	
Me. GER	12	44	1 J	SURC	Rupture de GEU - collapsus puis arrêt cardiaque à l'arrivée. Réanimation et opération. Suites favorables.	SURC
Me. AUT	13	67	1 J	SURC	Sigmoïdite perforée - Péritonite - Colectomie segmentaire - SNC : Bouveret. Bonne évolution.	SURC
Me. RIOU	14	60	14 J	Clin. GUINARD	Coma inexpliqué chez une malade devant se faire opérer d'un décollement de rétine - obèse HTA: 22. Bonne évolution.	O R L
M. AND	15	61	13 J	SURC	1er séjour - syndrome perforatif d'un ulcère datant de 5 H. diabétique - insuffisance respiratoire - Détresse respiratoire Trachéo. Bonne évolution.	SURC
Me. BAC	16	67	4 J	Dr. MELEY	Diabétique - hypertendu (20) Hémicolectomie droite pour Neo. Bonne évolution.	Dr. MELEY
M. MING	17	47	2 J	SURC	Plaie par scie circulaire de la région cervicale - ligature de la carotide primitive - hémiplégie et décérébration. 1er séjour : suite à l'Hôpital Neuro Lyon.	NEURO LYON
M. FLA	18	76	6 J	SURC	Syndrome occlusif - étranglement d'une anse grêle - Urée 3,14 g Complication : tachycardie supraventriculaire. Bonne évolution.	SURC

M. AND	19	61	13 J	SURC	2ème séjour - Défaillance respiratoire aiguë - Sortie décharge.	?
M. ZAG	20	70	3 J	SURC	Infarctus iléomésentérique - résection de 80 cm. Bonne évolution.	Dr. CUILLERET
Me. VIL	21	84	2 J	SURC	Occlusion du grêle - Mauvais état général. Bonne évolution.	SURC
M. VIL	22	54	2 J	SURC	Syndrome abdominal - Péritonite appendiculaire - Arrêt cardiaque à l'induction réanimation. Bonnes suites.	SURC
M. Ain	23	47	15 J	NEURO	Voir Obs. N° 17 - Complications : septicémie avec images pulmonaires miliaires bilatérales. Suppuration foyer opératoire. Phlébite MS - Bonne évolution.	SURC
M. GIL	24	64	6 J	SURC	2 Séjours : syndrome abdominal aigu- On évoque un infarctus mésentérique - Laparotomie blanche. Suite = voir décès observ. N° 4	SURC
M. ROC	25	31	1 J	SURC	Tableau abdominal aigu vérifié : laparotomie blanche. 2ème reprise : pancréatite aiguë hémorragique : bonne amélioration.	SURC
M. MON	26	51	5 J	SURC	R.M. infarctus iliomésentérique - Résection de 30 cm. Bonne amélioration.	SURC
M. VIL	27	23	1 J	SURC	Ulcère perforé - Encombrement pulmonaire avec tirage post-opératoire- pneumopathie diffuse. Bonne amélioration.	SURC

S U S I : TENTATIVES DE SUICIDE (TS)

NOM	N°	AGE	DUREE	ORIGINE	CAUSES	DESTINEE
Me. BEN	1	38	1 J	SURM	TS aux imipramines coma P1 R1 V1 D1. Suites simples.	SURM
Me. MAT	2	?	2 J	SURM	TS aux barbituriques 2 g. (VESPERAX) Coma P5 R2 D2 V1 - Bonne évolution.	SURM
M. CHE	3	24	1 J	SURM	TS AMITRIPTYLINE (60 cp elavil) Coma P3 D2 R2 V1 - Bonne évolution.	SURM
Me. COU	4	?	15 J	SURM	TS à ? - Coma P5 R4 D2 V1 - Pneumopathie de déglutition - Bonne évolution.	SURM
M. COT	5	48	1 J	SURM	TS Chlorazepate (Traurine)Metaqualone (Maudrac) Coma P3 R1 D1 V1. Bonne évolution.	SURM
Me. BEL	6	17	2 J	SURM	TS Phenobarbital (epanal, alepisal) Coma P5 R3 D2 V1 - Bonne évolution.	SURM
Me. VEAU	7	49	2 J	SURM	TS à ? Coma P5 R3 D2 V1 - Bonne évolution.	SURM
M. FRA	8	?	1 J	SURM	TS Chlorhydrate iminobenzyle (anafranil). Nitrozepan (Mogadon) Coma P5 R3 D2 V1 Bonne évolution.	SURM
Ml. CAM	9	20	1 J	SURM	TS aux barbituriques - Coma P2 R1 D1 V1. Bonne évolution.	SURM
Me. PEY	10	23	2 J	SURM	TS aux barbituriques - Coma P3 R2 D1 V1. Bonne amélioration.	S URM
Me. BAR	11	?	6 J	SURM	TS récidivante polymédicamenteuse chez une maniaco-dépressive - Coma P5 R3 D2 V1. Bonne évolution.	PUY

M. CHE	12	64	1 J	SURM	TS Digitalique (cardinatine) diurétique aldactazine) Nitrozepan (Mogadon.	
M. CLU	13	23	1 J	SURM	TS aux salicylés (aspirine 50 g) oxazepan (Seresta 50) - Coma P5 R3 D2 V1. Muté à LYON	LYON
Me. GIR	14	?	2 J	SURM	TS phenothiazine chez une mélancolique. Coma P5 R3 D2 V1. Bonne évolution.	SURM
Me. KHE	15	25	2 J	SURM	TS aux barbituriques + phenothiazine - Syndrome dépressif grave - Coma P5 R3 D2 V1. Bonne évolution.	SURM
M. GEN	16	30	1 J	SURM	TS aux barbituriques + imipramines. Coma P5 R3 D1 V1 - Bonne évolution.	SURM
M. MAT	17	27	3 J	SURM	TS aux phenothiazines - Coma P5 R3 D2 V1. Bonne évolution.	SURM
Me. PAY	18	24	6 J	SURM	TS (amidopyrine) optalidon - Coma P5 R3 D2 V1. Bonne évolution.	SURM
Ml. BON	19	17	3 J	SURM	Malade dépendant du Juge des enfants de LYON - Droguée héroïne - LSD TS Vinbarbital, Secobarbital (Sonnetane) - Coma P5 R3 D2 V1 - Bonne évolution.	SURM
M. SAU	20	36	1 J	SURM	TS aux imipramines + phénothiazines + barbituriques - atropiniques - benzodiazepine - Coma P5 R3 D2 V1 - Bonne évolution.	SURM
M. SAV	21	35	1 J	SURM	TS métaqualone (Mandrax) + Mepronizine Chlorazepate (Tranxene) - Coma P5 R3 D2 V1 - Bonne évolution.	SURM
M. CIZ	22	34	1 J	SURM	TS aux secobarbital + haloperidol - Coma P5 R3 D2 V1 - Bonne évolution.	SURM
Me. MER	23	16	2 J	SURM	TS aux barbituriques - Coma P5 R3 D2 V1. Bonne évolution.	SURM
M. DUB	24	47	1 J	SURM	TS aux barbituriques + neu Coma P5 R3 D2 V1	SURM

M. ROG	25	42	1 J	SURM	TS aux barbituriques + association polymédicamenteuse. Coma P5 R3 D2 V1. Bonne évolution.	SURM
Me. ALV	26	34	1 J	SURM	TS aux barbituriques + neuroleptiques. Coma P5 R3 D2 V1 - Bonne évolution.	SURM
Me GOV	27	18	1 J	SURM	TS Strychnine (5%) (taupicide). Bonne évolution.	SURM
M. SLI	28	47	2 J	SURM	TS Secobarbital + Amidopyrine - Coma P3 R2 D1 V1.	SURM
Me. JAN	29	53	4 J	SURM	TS aux barbituriques - Coma P4 R3 D2 V1. Bonne évolution.	SURM
Me. ODI	30	?	4 J	SURM	TS aux imipramines - Coma P4 R2 D1 VI. Bonne amélioration.	SURM
Ml. CAR	31	17	2 J	SURM	TS Chlorazepate - Theophylline + Barbituriques - Raciphédrine Chlorhydrate de Clobutinal - Découvert 8 H après l'ingestion des drogues . Bonne évolution.	SURM
M. DUR	32	27	2 J	SURM	TS multidrogues - barbituriques - neuroleptiques - imipramines - Coma P5 R3 D2 V1 - Bonne évolution.	SURM
M. CHA	33	47	3 J	SURM	TS récidiviste multidrogues imipramines Bnezodiazepine - barbituriques - Coma P5 R3 D2 V1 - Bonne évolution.	SURM
M. DEC	34	28	2 J	SURM	TS aux barbituriques - Coma P5 R3 D2 VI. Bonne évolution.	SURM
M. GOU	35	46	1 J	SURM	TS équanil - Coma P5 R3 D2 V1 - Bonne évolution.	SURM
Me. GER	36	20	2 J	SURM	TS chlorazepate - Coma P3 R1 D3 V1. Bonne évolution.	SURM
M. DAR	37	68	2 J	SURM	Intoxication oxycarbonée - Bonne évolution.	SURM.

S U S I : URGENCES MEDICALES

NOM	N°	AGE	DUREE	ORIGINE	CAUSE	DESTINEE
M. BEN	1	?	3 J	SURM	Rupture de varices oesophagiennes HTP - 3ème hémorragie récidivante compensée.	SURM
Me. MOU	2	71	1 J	SURM	Coma diabétique acido cétosique Tachycardie supra ventriculaire. Bonne évolution.	SURM
M. REM	3	43	2 J	SURM	Coma diabétique - hypoglycémique sévère. Bonne évolution.	SURM
M. GOU	4	54	2 J	SURM	Coma transitoire chez un malade porteur d'une myélose - Bonne amélioration.	SURM
Me. MON	5	65	2 J	SURM	Fièvre typhoïde. Evolution favorable.	INFECTIEUX
M. BEL	6	24	3 J	SURM	Typhoïde paratyphie B - Bonne évolution.	SURM
M. GAL	7	?	1 J	SURM	Hémorragie méningée - Evacué sur LYON	LYON
Me. SOUL	8	52	1 J	SURM	Hémorragie cérébro-méningée - Evacuée sur LYON.	LYON

S U S I : URGENCES CARDIAQUES

NOM	N°	AGE	DUREE	ORIGINE	CAUSES	DESTINEE
M. GUE	1	83	1 J	SURM	Tachycardie supra-ventriculaire sur infarctus ancien - Réduction.	SURM
Me. GOU	2	?	1 J	SURM	Infarctus du myocarde OAP - Bonne amélioration.	CARDIO
Me. DES	3	35	1 J	SURM	IM + RM + RA - Malade sous pindione - Hématome infecté de la fesse droite - Embolie artérielle MIG - Transférée à LYON	LYON
M. ROU	4	53	3 J	SURM	Infarctus du myocarde - Bonne évolution.	CARDIO
M. BLA	5	63	1 J	SURM	Infarctus du myocarde - Bonne évolution.	CARDIO
Me. MEN	6	?	1 J	SURM	Infarctus du myocarde - Bonne évolution.	CARDIO
M. SAU	7	?	3 J	SURM	Infarctus antéro latéral - Troubles du rythme - Bonne amélioration.	CARDIO
M. FAV	8	40	3 J	SURM	Infarctus du myocarde - Bonne évolution.	CARDIO
M. GAR	9	76	3 J	SURM	Infarctus du myocarde - Bonne évolution.	CARDIO
M. BRU	10	64	3 J	Dr. MELEY	Sub OAP en post-opératoire chez un insuffisant cardiaque - Bonne évolution.	Dr. MELEY
Me. DEL	11	69	1 J	SURM	Infarctus du myocarde - Bonne évolution.	CARDIO
M. ROU	12	52	3 J	SURM	Infarctus du myocarde + troubles du rythme.	CARDIO

S U S I : URGENCES RESPIRATOIRES

NOM	N°	AGE	DUREE	ORIGINE	CAUSE	DESTINEE
M. DES	1	64	2 J	SURM	Grippe sévère chez un insuffisant respiratoire admis pour insuffisance respiratoire aiguë + arrêt cardiaque. Bonne amélioration.	CARDIO
Me. BEN	2	17	3 J	SURM	Pneumopathie aiguë chez une femme enceinte T° 40 8/10 Bonne évolution.	SURM
M. BLA	3	77	7 J	SURM	Pneumopathie virale avec début de coma hépatique. Bonne évolution.	DERMATO

b)

Les décès (Tableau N° 22).

S U S I : LES POLYTRAUMATISES DECEDES

NOM	N°	AGE	DUREE	PROVENANCE	DIAGNOSTIC	PRONOSTIC
M. TEY	1	17	9 J	Porte	TC+PC Coma P1 R2 D1 V1 - Coma dépassé - EEG plat	Décédé
M. ANG	2	50	15 J	Porte	Polytraumatisé : TC coma P5 R3 D2 VI - Plaie cuir chevelu, front, cotes 3è à droite, 2 à gauche sans volet - Fract. du crâne - complication : ulcère perforé bouche avec abcès de la cavité.	Décédé
M1. ROU	3	62	9 + 10	Porte	Polytraumatisée : disjonction crânio faciale avec triple fract. du maxillaire inférieur, supérieur, fracture du toit du cotyle droit - luxation de la hanche - défaillance cardio respiratoire.	Décédé
M. BAR	4	25	15 J	SURC	TC Coma P5 R2 D2 V1 - crises comitiales pneumopathie de déglutition.	Décédé
M. KME	5	45	17 J	PU	Ac. du travail -traumatisme facial avec disjonction crânio-faciale chez un éthylique connu . Délirium tremens - Hémorragie artérielle au niveau de sa canule de trachéo - Inondation pulmonaire.	Décédé
M. BON	6	50	1 J	SURC	TC+PC plaie cuir chevelu - plaie pyramido-nasale - grande agitation - Traumatisme thoracique sans volet - défaillance cardio-respiratoire.	Décédé

M. QUIB	7	35	5 J	SURC	Chute 2 m. de hauteur Disjonction crânio-faciale - Coma P4 R2 D2 V1 - Coma dépassé, arrêt cardiaque.	Décédé
M. RAN	8	67	15 J	SURC	Traumatisme thoracique avec volet + fracture médiane du sternum chez un insuffisant respiratoire.	Décédé
M. LER	9	73	2 J	SURC	Ac. circulation polytraumatisé : fractures multiples de cotes + fract. 1/3 inf. tibia - fract. du bassin - plaie du lobe droit du foie - plaie importante du mésentère.	Décédé
M. BER	10	66	2 J	SURC	Ac. circulation : fract. des 2 os de l'AB gauche - fract. 4ème cote à gauche. Revient après 2 jours pour défaillance cardio-respiratoire - Coma P5 R3 D2 V2. Arrêt cardiaque irréversible.	Décédé
Me. VER	11	69	6 J	SURC	TC + Coma P5 R3 D2 VI chez une diabétique - fract. grave du bassin - fract. péroné gauche - complications respiratoires.	Décédée
M. DEM	12	16	6 J	SURC	Fract. ouverte des 2 os de la jambe G. Plaie du genou - explorées sous anesthésie générale. Après 48 H le malade s'est levé et a marché avec son plâtre. Arrêt respiratoire. Transféré au SUSI - Coma dépassé - Origine indéterminée.	Décédé
M. BON	13	52	?	Porte	Chte du 7ème étage - Polytraumatisé : Fract. grave du bassin, disjonction des os iliaques, disjonction ischio et iliopubienne. Enfoncement du cotyle - éclatement de l'articulat. du pied G. (tarsométatarsienne) fract. du crâne à droite. Ischemie aiguë du MIG.. Arrêt cardiaque en cours d'opération.	Décédé
M. FRA	14	24	3 J	Porte	Ac. circulation : polytraumatisé - fract. des transverses de LI à L5 bilatérales - Fract. du crâne - trait pariéto occipital G - Fract. des arcs post des 10è et 11è cotes. Aggravation brutale et décès.	Décédé
M. CHE	15	16	?	?	Coma hépatique PI R1 D1 V1 - Arrêt cardiaque brutal irrécupérable.	Décédé

M. BEA	16	75	2 J	Porte	Accident circulation : traumatisme cervical quadriplégie - Bonne amélioration après réduction sous AG puis AC irrécupérable.	Décédé
M. DUC	17		7 J	Porte	TC + Coma P5 R3 D2 V1 + otorragie. Fract. clavicule acromion. - Fract. des transverses des L1 L2 L3 - Disjonction pubienne - entorse grave avec fracture communitive de la molléole interne. Muté à LYON pour artériographie. AC au retour.	Décédé
Enf. GOM	18	4	3 J	Porte	TC + Coma P5 R3 D3 V2 - Fracture du fémur droit - Hématome intracérébral.	Décédé
M. CAZ	19	48	1 J	Porte	Accident circulation - Volet costal antéro latéral - hémorragie méningée. Fibrillation ventriculaire : électrochoc sans succès.	Décédé
M. MEY	20	?	2 J	Porte	TC + Coma P5 R3 D2 V1 - otorragie - Crises épileptiques généralisées- Décérébration - Coma dépassé - EEG plat - AC irrécupérable.	Décédé
Me. BER	21	?	2 J	Porte	TC + Coma P5 R3 D3 V1 en collapsus CV - Fracture ouverte de la jambe droite en 3 fragments. Fract. 1/3 sup. du fémur Volet thoracique par écrasement.	Décédée
M. SAID	22	55	5 J	Porte	TC + Coma P5 R1 D2 V1. Echo dévié de 16 mm. Trous du trépan. Pas d'HED - mais " petit "sous dural.	Décédé
M. MES	23	36	1 J	Porte	Accident du travail - Décédé à l'arrivée.	Décédé
Enf. THE	24	2	6 J	Porte	TC + Coma - P5 R3 D1 V1 - Fracture du fémur 1/3 moyen - Fract. du condyle à droite.	Décédée

S U S I : DECES DES URGENCES MEDICALES

NOM	N°	AGE	DUREE	ORIGINE	DIAGNOSTIC	PRONOSTIC
M. JOU	1	88	?	SURM	Insuffisance cardio-respiratoire - Baisse de l'état général.	Décédé
M. BON	2	75	2 J	SURM	Coma post-critique chez un épileptique - AVC Coma P5 R3 D2 V1 - Température 31 - TA : 7 - Collapsus irrécupérable.	Décédé
M. FER	3	38	5 J	SURM	Ethylisme majeur - Délirium trémens. Coma hépatique progressive avec hypothermie. La cause serait une hémorragie digestive.	Décédé
Me. CEL	4	60	3 J	SURM	Coma hyperosmolaire chez une diabétique connue. Transférée à l'Hotel Dieu LYON.	Décédée
Ml. TEY	5	24	2 J	SURM	Diabétique depuis l'âge de 4 ans - Coma hyperosmolaire + hémorragie méningée.	Décédée
M. BAU	6	65	2 J	SURM	Coma épatique - Ethylique.	Décédé
M. FRE	7	63	11 J	SURM	Insuffisance hépatique - Hémorragie dentaire il y a 5 jours - Coma P5 R3 D2 V1.	Décédé
M. DES	8	65	1 J	SURM	Coma diabétique - Acidocétonique. Défaillance cardiaque.	Décédé
M. LAI	9	?	2 J	SURM	Coma hépatique Cirrhose décompensée.	Décédé
M. MAG	10	71	4 J	SURM	Hématémeses et malenas à répétition. Décédé en cours d'hématemeses cataclismiques.	Décédé
M. SAB	11	46	1 J	SURM	Ethylique connu - Délirium tremens. AC irrécupérable.	Décédé
M. FOU	12	63	2 J	SURM	AVC - AC.	Décédé
M. CHA	13	54	1 J	SURM	AVC-Coma P5 R3 D2 V1 - Arrêt cardiaque	Décédé
M. ROL	14	53	1 J	SURM	Hémorragie C. méningée - Coma dépassé. EEG plat : 33,3	Décédé
M. PON	15	41	1 J	SURM	AVC - Coma P5 R3 D4 V1.	Décédé

M. BAU	16	62	5 J	SURM	AVC - Coma P5 R3 D3 V1 - Trachéo SF4	Décédé
Me. BUR	17	69	6 J	SURM	AVC chez unehypertendu - Coma P5 R3 D3 V1.	Décédée
M. PAT	18	46	1 J	SURM	AVC - Syndrome de Mendelson.	Décédé
M. MOU	19	70	17 J	SURM	Hémorragie cérébro-méningée - Coma P5 R3 D3 V1.	Décédé
M. CHA	20	65	1 J	SURM	HTA : 26 AVC Coma dépassé EEG plat.	Décédé
M. FOR	21	71	2 J	SURM	Hémorragie cérébro-méningée - Fibrillation auriculaire - électrochocs sans succès - A. cardiaque.	Décédé

S U S I : DECES DES URGENCES TOXIQUES

NOM	N°	AGE	DUREE	ORIGINE	DIAGNOSTIC	PRONOSTIC
M. FLO	1	75	17 J	SURM	Suicide aux barbituriques (Sonuctane). Coma P5 R3 D1 V1 = 28,5 Trachio. S F_4 2 Arrêts cardiaques.	Décédé

S U S I : DECES REANIMATION POST-OPERATOIRE

NOM	N°	AGE	DUREE	ORIGINE	DIAGNOSTIC
M. SAR	1	61	5 J	Dr. MELEY	Coma chez un hépatique - Cirrhose décompensée. Anastomose portocave il y a 10 ans. Collapsus et défaillance cardio-respiratoire.
Me. LAS	2	42	13 J	Dr. CUILLERET	Duodenopancréatectomie céphalique + anastomose mésentérico cave pour HTA. Intervent. dure 9 H - 18 sang Insuffisance respiratoire aiguë - SF4 PNO suffocant - 2 arrêts cardiaques - Décédée.
Me. X	3	69	11 J	Dr. MELEY	Goître - Cardiothyreose - Thyroïdectomie - A cardiaque à la fermeture - ECG aspect d'ischème lésion. Arythmie complète - Coma P5 R2 D3 V1 - Décédée.
M. GIL	4	64	6+7	SURC	Admis au SURC pour syndrome abdominal aigu. On évoque un infarctus mésentérique : Laparotomie blanche. Amélioration du 25.2 au 5.3 Revientau SUSI le 7.3 dans un coma P5 R3 D2 V1 - Aucun diagnostic n'est évoqué - pas d'autopsie.
M. TAR	5	63	2 J	SURC	Amputation abdominopérinéale il y a 13 ans. Anémie hémolytique - Occlusion par brides. Collapsus CV irréversible.
M. BON	6	62	15 J	SURC	Syndrome abdominal : ulcère perforé chez un insuffisant respiratoire chronique (scoliose) - pleurésie à gauche - état de choc irréversible.
M. ROU	7	64	2 J	SURC	Infarctus iliomésentérique étendu chez un athéro scléreux - Trouble de l'hématose- A. cardiaque.
Me. MEL	8	75	9 J	SURC	Volvulus du grêle sur éventration - Insuffisance rénale avec coma urémique.
Me. MEA	9	85	1 J	SURC	Occlusion aiguë - Mauvais état général - Réanimation préopératoire - décédée 1/2 après son admission au SUSI.

M. KIR	10	33	3 J	Cl. Wilson	Arrêt cardiaque au cours d'intervention endométriose - Coma dépassé P5 R3 D3 V2.
Me. RAY	11	26	2 J	Cl. Michelet	AOP + défaillance cardiaque chez une gibbeuse opérée à la clinique MICHELET d'une rétroversion utérine.
M. MIL	12	79	4 J	SURC	Péritonite appendiculaire - Anurie post opératoire.
Me. PIC	13	54	2 J	Dr. MELEY	Artérite Aortoiliobifémorale chez un insuffisant cardiaque - sympathectomie il y a 15 jours. Evicardite constrictive.

S U S I : DECES - INSUFFISANTS RESPIRATOIRES

7 Décès sur 10 hospitalisés

NOM	N°	AGE	DUREE	ORIGINE	
M. GIR	1	73	2 J	SURM	IRA chez un bronchiteux chronique. Parkinson - Trachycardie supraventriculaire.
M. MAR	2	65	4 J	Dr. GILLOZ	Hospitalisation vérification systématique de polypes vésicaux . Sujet cirrhotique. Pneumopathie aiguë.
Me. BAR	3	41	?	Dr. BERARD	Insuffisance respiratoire aiguë. Pneumopathie fébrile : = 41 8/10 Coma : P4 R3 D3 VI
M. BRI	4	71	8 J	SURM	Défaillance respiratoire aiguë - Silicotique.
M. LEG	5	79	3 J	SURM	Pneumopathie grippale avec troubles importants de la gazométrie. PCO2 : 120 PH : 7,17
M. PAN	6	64	6 J	SURM	Pneumopathie gauche chez un emphysémateux. AC sous oxygène - AC : massage : volet thoracique + PNO SF4 - Décompensation irréversible.
M. GAT	7	76	11 J	SURM	Insuffisance cardio respiratoire. Coma P5 R3 D2 V1 - Coma dépassé - EEG plat.

S U S I : DECES CHEZ DES CARDIO-VASCULAIRES

7 / 19 cas

NOM	N°	AGE	DUREE	ORIGINE	CAUSE DU DECES
M. BOI	1	76	3 J	SURM	OAP - Comas P5 R4 D3 V1 - Pouls à 20 - AC.
Me. CAL	2	?	4 J	SURM	R.M. embolie cérébrale - Coma dépassé EEG plat.
Me. PET	3	83	1 J	SURM	Infarctus du myocarde avec choc cardiogénique irréversible.
M. GHA	4	47	1 J	SURM	Infarctus du myocarde - choc cardiogénique.
M. CHA	5	62	?	SURM	Infarctus du myocarde + oblitération aiguë MID défaillance cardiaque.
M. JUC	6	63	1 J	SURM	Infarctus du myocarde - choc cardiogénique.
M. CHA	7	62	4 J	SURM	Infarctus du myocarde - rupture septale.

3 - Les grands groupes pathologiques.

En tenant compte de l'agent extérieur responsable, accident, intervention chirurgicale, intoxication, ou de l'appareil défaillant, cardio-vasculaire, pulmonaire, nerveux, etc... nous avons individualisé 6 groupes.

1) - les accidents

2) - les malades sous surveillance post-opératoire

3) - les intoxiqués

4) - les cardiaques

5) - les pulmonaires

6) - les malades divers, non classés tels les hémorragies digestives, les comas diabétiques, etc...

Dans chacun de ces groupes nous avons :

- donné les caractéristiques de la population considérée, envisagé une étude succinte des causes d'admission aux soins intensifs avec les critères de sélection, infarctus, coma traumatique, intoxication volontaire,

- établi deux groupes séparés en fonction de l'issue finale de cette lutte contre la mort.

Dans quelques cas, il a été bien difficile desavoir dans quelle rubrique nous devions inscrire par exemple l'ictère chez un malade porteur d'un infarctus du myocarde sous traitement anticoagulant, et c'est la défaillance la plus grave qui a déterminé notre répartition.

De même, il a été bien difficile de mettre dans un groupe un sujet qui, ayant commencé un séjour avec un diagnostic, l'a continué avec un diagnostic modifié, tel le trouble du rythme que présente secondairement une insuffisance cardiaque, ou la défaillance respiratoire post-opératoire ou la pneumopathie de déglutition à la suite d'une tentative de suicide.

Nous nous en sommes tenus à l'élément clinique le plus grave qui avait déterminé l'admission dans le service, toutes les fois où cela était mal précisé.

Une étude sommaire montre que :

- les polytraumatisés représentent 34% de la clientèle du SUSI
- la surveillance post-opératoire 21%
- les intoxications 20%
- les cardiaques 9%

- les urgences médicales 15%
- les urgences respiratoires 1,91%

1) - Les polytraumatisés :

La traumatologie représente 70% des urgences chirurgicales et 10% des autres globales du service d'urgence.

Les polytraumatisés admis au SUSI représentent 1,84% de toutes les entrées et 34% de celles du SUSI. Ce sont les accidents de la voie publique qui sont en cause le plus souvent, mais les accidents du travail ne sont pas à négliger.

L'âge moyen, si on se réfère à celui des décès, est de 43,2 ans. Ce sont souvent des adultes, la prédominance étant masculine bien que nous n'ayons pas de chiffre à présenter.

La durée de séjour est la plus longue, elle confirme le caractère plus grave des lésions.

Les lésions constatées permettent une classification en trois groupes principaux :

a) - les traumatismes cranio-faciaux.

Les plus nombreux dans tous les cas faisant partie d'un tableau de polytraumatisés traités plus loin.

On peut dire que 28% des blessés admis au service d'urgence chirurgicale représentaient au moins une comotion cérébrale.

- les cas bénins constitués par une perte de connaissance de durée variable ou d'amnésie franche , sont admis au SURC ; il en est de même des obnubilés ou agités.

- les cas déjà inquiètants à l'arrivée sont admis au SUSI, ce sont des comas graves. Ils présentent souvent des fractures du crâne avec otorragie ou hémorragie méningée.

- enfin, les comas dépassés dès l'entrée, ou coma qui s'aggrave et s'accompagne de désordres neurovégétatifs.

La répétition des EEG montre l'absence d'activité cérébrale.

La mortalité est de 43% ; en fait sont exclus les accidentés décédés à l'arrivée ce qui améliore cette statistique.

b) - les traumatismes thoraciques.

Ce sont des contusions thoraciques, des fractures de cotes posant

le problème d'une lésion viscérale associée ou d'un épanchement plural, hemo ou pneumothorax. Le volet thoracique nécessitant souvent une assitance respiratoire en pression positive. Bien sûr les difficultés sont accrues chez ces malades du fait d'une insuffisance respiratoire préexistante.

c) - les polytraumatisés.

La plupart se trouvaient transférés au SUSI.. Souvent dès que le collapsus ou l'état de choc est levé, le malade va mieux. C'est dans ce cadre essentiellement que la collaboration du réanimateur et du chirurgien est la plus bénéfique, qu'il s'agisse de diagnostiquer et amener à l'intervention une rupture de rate ou une lésion rénale ou une plaie du foie ou des fractures ouvertes des membres...

2) - La surveillance post-opératoire.

représente 20% des malades du SUSI, leur faible importance numérique vient de ce que nous avons envisagé dans le chapitre précédent les accidentés que nous avons traités et en particulier tous ceux qui ont subi une intervention chirurgicale telle laparotomie, trachéo, mise en traction.

Ces 40 cas représentent une population ralativement âgée : âge moyen 65,5 ans.

Le taux de mortalité est de 30,2%.

Ces différents opérés nous ont été adressés dans différentes circonstances.

1 - la surveillance post-opératoire systématique du sujet dont l'état précaire porteur de tares viscérales, insuffisants cardiaques ou respiratoires.

2 - à la suite d'accidents per-opératoires.

- l'arrêt cardiaque survenu au cours d'intervention et qui a pu être récupéré,
- les collapsus ou le choc installé pendant l'intervention des accidents tels l'inhalation de liquide gastrique...

3 - enfin les complications post-opératoires graves, sujet âgé présentant des modifications électrocardiographiques, intervention chirurgicale importante telle pancréatectomies de type divers, syndrome septicémique, défaillance cardio-pulmonaire, insuffisance respiratoire aiguë.

3) - Les intoxiqués.

Leur chiffre est relativement élevé : 20% des entrées du SUSI.

La mortalité de 2,6%.

Ce sont des tentatives de suicide, les femmes prédominent, la population concernée est essentiellement jeune.

Seules les intoxications sévères sont admises au SUSI après une intubation endotrachéale, lavage gastrique, sondage urinaire, cathétérisme veineux, recherche et dosage de toxiques dans le liquide gastrique, dans le sang et dans les urines, le malade est admis pour assistance respiratoire, surveillance cardiaque et diurèse osmotique.

La nature du produit absorbé est variée, rarement de produits industriels ou domestiques. Ce sont essentiellement des associations médicamenteuses hypnotiques, barbituriques, pyroleptiques psychotropes.

Les intoxications sévères au gaz sont évacuées sur Lyon. Il n'y a pas d'oxygénation hyperbar à ST ETIENNE.

4) - Les urgences médicales.

Ce terme imprécis regroupe un ensemble de malades très disparate. Nous avons compris dans cette rubrique toutes les manifestations neurologiques, délirium tremens, coma convulsif, hémorragie cérébroméningée, comas diabétiques, syndromes infectieux graves, coma hépatique, hémorragies digestives.

Ils constituent 15% des entrées du SUSI avec une mortalité lourde de 72% des cas. L'âge moyen étant de 58,9 ans.

5) - Cardio.

Ce groupe numériquement peu important 10% des malades du SUSI, est représenté essentiellement par des infarctus du myocarde. Ces malades devaient être hospitalisés en cardiologie mais la gravité et souvent le manque de place en cardio fait que nous sommes obligés de garder ces malades le temps nécessaire.

La mortalité est de 36,8% avec un âge moyen de 65,5 ans.

6) - Les pulmonaires.

Ce chapitre comprend tous les malades médicaux dont la détresse relevait d'une déficience de l'appareil respiratoire au sens anatomique du terme. Trachée, bronches, parenchyme pulmonaire, plèvre thorax, dont sont exclus les traumatismes thoraciques et les troubles respiratoires d'origine centrale tels qu'on les observe au cours d'infections neurologiques ou métaboliques ou au cours d'intoxications. Les OAP d'origine manifestement cardiaque n'y sont pas répertoriés.

Ce sont seulement des insuffisants respiratoires chroniques qui par l'épidémie grippale de l'hiver avec les conditions atmosphériques sévères ont été décompensés. Si leur pourcentage est relativement bas 1,91%, la mortalité est élevée 70% des cas. L'âge moyen étant le plus élevé 67,7 ans.

6/ - ETUDE GLOBALE DE LA MORTALITE DU PU. (Tableau N° 23)

Chaque sujet décédé dans notre service a présenté une lutte menée systématiquement avec tous nos moyens disponibles pendant de longues minutes, parfois des heures par une équipe médicale toujours plus entraînée et plus efficiente quant aux techniques de réanimation.

Suivant le lieu où le décès est survenu nous envisageons :

- les décès rapides, du SAS des urgences (porte)
- ceux des urgences médicochirurgicales (SURC et SURM)
- ceux du service de réanimation (SUSI).

a) Les décès des urgences.

Ils concernent des sujets amenés au SAS des urgences en état de mort apparente, moribonds ou ayant eu une aggravation brutale. Nous avons ainsi trouvé 105 cas concernant des décès intervenus malgré la mise en oeuvre d'une réanimation soit 0,62% des entrées globales.

Il nous est impossible de répertorier ces décès, en effet il n'y a pas toujours d'observation de prise ni de dossier constitué. En général, ce sont des polytraumatisés de la route, des urgences chirurgicales au stade ultime, des infarctus du myocarde, des détresses respiratoires, etc...

b) Les décès des urgences médicochirurgicales hospitalisés.

1) Le SURC 67 décès soit 2,4% des entrées du SURC en réalité ce chiffre est loin d'être le reflet de la mortalité dans ce secteur, tous les malades dont l'état s'aggrave sont mutés au SUSI.

2) Le SURM 14,4% des malades hospitalisés soit 240 décès sur 1 727 hospitalisés.

c) Les décès au service de réanimation.

Evidemment ils sont les plus nombreux : 105 sur 310 hospitalisés au SUSI.

Le taux de mortalité s'établit donc à 33,8%.

Cependant la lethalité extrêmement faible des intoxications (2,6%) vient fortement tempérer ce taux car si nous faisons abstraction de cette population privilégiée, nous atteignons plus de 40% de décès.

Sur 16 793 entrées au PU dont 4 725 hospitalisés, nous avons noté 517 décès soit une mortalité de 3,08%.

Tableau N° 23

MORTALITE

ORIGINE	NOMBRE	DECES	%	S. DECHARGE	%	SORTIE DECHARGE + DECES	%
PORTE (décès à 1'arrivée)	16793	105	0,62			105	0,62
SURM Hospitalisés	1727	96	5,5	144	8,4	240	14,4
SURC Hospitalisés	2688	43	1,6	24	0,88	67	2,4
SUSI Hospitalisés	310	69	22,2	36	11,6	105	33,8
TOTAL	16793	313	1,92	204	1,1	517	3,08

MORTALITE GLOBALE = 3,08%

C) - Réflexions sur le Service Médico-chirurgical.

L'élément dominant actuel est la crise de croissance du Service d'urgence Médico-chirurgical. Les 24 lits sont loin d'être suffisants.

Il y a trop de malades, 65,2% des malades hospitalisés à l'hôpital de Bellevue pour une raison médicale ou chirurgicale ont transité par le PU. 28,1% de ces malades y sont hospitalisés. Les locaux sont inadaptés ou insuffisants, le manque de personnel y est constamment ressenti. Le projet de construction d'un complexe d'urgence est à l'étude.

Les problèmes de fonctionnement peuvent être envisagés sous plusieurs rubriques :

- le travail de l'équipe médicale
- les infirmières qui ont un rôle particulier
- les malades et leur entourage, l'accueil
- la collaboration nécessaire.

A - Le travail des équipes médicales.

Les conditions du travail sont très différentes de ce que l'on trouve dans d'autres services, il n'y a pas de régularité dans l'activité, il existe des périodes de travail intense, et des parties de l'après-midi ou des soirées sans rien de précis à faire. Il nous paraît vraiment souhaitable qu'un malade grave puisse être surveillé par un externe en permanence à son chevet. Un traumatisé crânien ou abdominal, un coma diabétique, un infarctus du myocarde, une intoxication etc... ont besoin d'une surveillance assidue. L'externe pourra mieux juger en notant toutes les heures ou toutes les deux heures sur la feuille de réanimation l'évolution de la maladie. L'infirmière ne peut pas à la fois dispenser les soins d'urgence, réaliser les recherches minutieuses nécessitées par un bilan souvent fastidieux et surveiller les malades.

L'intérêt du service pour les externes et les internes est évident. Ils sont en contact avec une pathologie qui est rare dans un autre service et l'intérêt pratique de ces connaissances pour leur vie de praticien, s'ils s'installent comme médecins généralistes, est évident.

- Quelle est la conduite à tenir devant un malaise ?
- Dans quel cas doit-on suspecter une intoxication et en rechercher la preuve ?
- Dans quel cas doit-on penser à une comitialite qui débute et imposer un bilan neurologique complet ?

- Quelle attitude doit-on adopter devant un agité parfois menaçant pour le calmer et lui faire accepter une thérapeutique ?
- Que faire devant un homme ivre et dans quel cas doit-on suspecter une gravité qui est responsable parfois du décès ?
- Quels gestes doivent être réalisés devant un sujet en état de mort apparente et comment pratiquer le plus rapidement possible massage cardiaque et ventilation artificielle ?
- Quelle est la conduite a tenir devant un traumatisé thoracique, un traumatisé crânien, un traumatisé abdominal ou un polytraumatisé ?

Ce sont là des problèmes habituels dans un service d'urgence qui permettent à tous ceux qui y travaillent d'acquérir les réflexes qu'ils doivent avoir devant des états pathologiques divers.

Dans un domaine plus scientifique, le service d'urgence rassemble une pathologie particulière : c'est le seul service de la région où peuvent se rencontrer un nombre élevé de certains types de maladies.

- les intoxications aiguës d'abord sont toutes admises dans le service, une statistique a été abordée plus haut, une autre plus poussée fait l'objet d'un autre sujet de thèse. Il est certain que cette pathologie particulière et non exceptionnelle, peut être étudiée dans les meilleures conditions possibles.
- le délirium tremens encore fréquent dans notre région, relevant des techniques de réanimation, a pratiquement disparu des services de neuropsychiatrie.
- les différents types de coma : coma hépatique, coma diabétique, coma traumatique, coma toxique, sont particulièrement fréquents. Certes, ces sujets se trouvent dans les différents services, mais les plus graves sont facilement adressés pour des facilités de surveillance, au service d'urgence.

Mais un des éléments les plus intéressants du service est le caractère polymorphe de l'équipe médico-chirurgicale qui le dirige. La collaboration de chirurgien généraliste, de neurochirurgien, de psychiatres de cardiologues, de réanimateurs, de médecins généralistes, permet d'analyser avec détail, dans un état pathologique, ce qui revient à une étiologie somatique, psychiatrique, sociale. Par exemple : une tentative de suicide est-elle dûe à une maladie psychiatrique, surtout mélancolie imposant un internement ? Est-elle une manifestation à type névrotique ? Est-elle la conséquence de difficultés de vie qui ont paru insurmontables chez un sujet dont le psychisme paraît normal médicalement ? Quelle thérapeutique doit être prescrite ? Une hospitalisation dans un milieu spécialisé est-elle nécessaire ? Quels conseils doit-on donner au suicidant et à son entourage ?

Ces mêmes critères peuvent s'appliquer aux manifestations pathologiques dites subjectives, observées après de graves accidents s'accompagnant en particulier de traumatisme crânien et dont l'analyse minutieuse des éléments somatiques, psychiatriques et sociaux, peut seule permettre un diagnostic précis et un traitement valable, une réparation équitable et un reclassement efficace.

Tous les internes et les externes ont par ailleurs la situation d'un médecin traitant : contact avec la famille, discussion avec celle-ci, décision à prendre rapidement et ce service leur fait connaître la vie réelle du médecin traitant plus qu'aucun autre service. Cette formation du sang froid, de l'esprit de décision, cette habitude de discussion avec les familles est indispensable à l'apprentissage de la profession médicale.

Mais la formation du personnel médical , et en particulier des internes et externes qui changent tous les semestres, la nécessité d'une cohésion entre les différentes équipes qui se succèdent au cours de la journée et d'un jour à l'autre, imposent au chef de service un effort constant. Cet effort est largement payé par les résultats obtenus.

On est frappé par la transformation en quelques mois de jeunes adolescents timides et parfois maladroits, en cliniciens attentifs ayant de l'autorité, pouvant disucter avec les familles et étant devenus de vrais médecins, leur nombre dans un service de ce type peut être augmenté, tant le travail est considérable, mais il est fondamental qu'ils soient encadrés de façon précise par un personnel médical stable.

Les internes sont, sans exception, des jeunes confrères de valeur, compétents, dévoués, travailleurs, s'adaptant très vite aux particularités du service. Par suite du travail effectué, la spécialisation de ces internes est variable : médecins généralistes, psychiatres, réanimateurs et chirurgiens, viennent faire un semestre et ce caractère polymorphe est fort utile pour la formation de tous.

Ces internes, quels qu'ils soient, accomplissent remarquablement leur tâche, ce sont eux qui sont responsables du fonctionnement du service pendant la nuit.

L'interne reste malgré le temps plein la cheville ouvrière de tout service hospitalier.

L'unité dans la prise des observations des malades doit être résolue par la création d'observations imprimées avec un canevas précis qui a plusieurs intérêts.

- elle permettra à l'externe de ne pas oublier la recherche d'éléments indispensables, soit à l'interrogatoire, soit à l'examen clinique, soit dans la demande des examens de laboratoire.

- elle habituera en outre à une discipline de pensée et de raisonnement dans l'interrogatoire et l'examen des malades.

- elle facilitera pour le chef de service, le contrôle de l'observation et la découverte d'un symptome utile qu'on sait trouver à une page précise de l'observation.

- elle permettra enfin des publications basées sur des observations homogènes ; c'est ainsi que devraient être créés des types d'observations différents pour :

- intoxications
- polytraumatisés
- cardiovasculaires
- endocrino.

Dans chacune sont prévus des éléments à rechercher par l'interrogatoire, disposés dans un ordre logique, dans l'observation d'intoxication, le premier élément est le nom du produit ingéré, sa quantité, l'heure de l'ingestion, le caractère volontaire ou accidentel, les troubles présentés, l'évolution des manifestations doivent être précisés ensuite. Les antécédents sont mentionnés en fin d'observation, ils ne sont habituellement connus que secondairement. Les déclarations de l'entourage, celles de l'intéressé, lorsqu'il a repris conscience en cas de coma, l'examen clinique, les recherches du laboratoire, sont orientés vers ce qui est important pour le diagnostic et le traitement. Enfin, une partie réservée pour une note de synthèse et de conclusion.

L'homogénéité de la surveillance des malades, surtout des malades graves, par les différentes équipes médicales qui se succèdent, est facilitée par la prise des observations qui doivent être rédigées immédiatement et permettent de suivre l'évolution des troubles.

Les malades comateux font l'objet d'une fiche spéciale qui permet de codifier sur une seule colonne les résultats d'un examen neurologique complet et des indications sur la profondeur du coma en chiffrant : perceptivité, réaction à la douleur, réactivité végétative.Ces colonnes, suivant les besoins, sont remplies toutes les heures, deux fois par jour ou seulement une fois par jour. La fiche complète permet une appréciation facile de l'évolution d'un coma, et on connait les difficultés pour préciser celle-ci.

Mais ceci nécessite toute une éducation aux nouveaux internes et externes et ajoute encore au travail qui incombe au personnel médical permanent.

Quel est le rôle dans cet ensemble, du chef de service ? Nous devons reconnaître qu'il est écrasé par une tâche qui croît sans cesse alors

qu'il a en plus de son activité hospitalière à temps plein la charge de l'enseignement à la Faculté de Médecine à ST ETIENNE et à LYON ainsi qu'à l'école d'infirmières.

Dans un service de ce type, le chef de service a, en plus de ses fonctions habituelles d'examen des malades difficiles, de contrôler des soins, de la formation des élèves du CES d'anesthésie et réanimation des internes et des externes et des infirmières. Le nombre d'heures forcément limité mais qui dépasse largement celui des heures imposées aux médecins à temps plein est dévoré par les tâches administratives et d'organisation du service.

- relations avec l'administration pour le tenir au courant des améliorations nécessaires, dans le personnel, l'appareillage, le fonctionnement soit sur le plan général soit à l'occasion de difficultés dans un cas précis,

- relations avec les autres chefs de service soit pour faciliter la mutation des malades, soit pour demander leur aide (et on a besoin de tous les spécialistes de l'hôpital pour traiter l'urgence),

- relations avec les services extérieurs à l'hôpital : pompiers et services de protection civile, service de police qui nous amènent la majorité de nos malades, service de santé de la préfecture, service de la justice,

- relations avec les malades ou leurs familles qui, lorsqu'ils le désirent, sont toujours reçus par le chef de service, c'est à l'occasion d'incidents que sont habituellement demandées ces entrevues ; elles permettent d'être au courant de certaines lacunes et d'y remédier ; elles permettent aussi d'expliquer aux familles les conditions de travail et expliquer les quelques fautes commises : attente d'une fracture non radiographiée évitant ainsi de donner à la protestation une forme plus officielle préjudiciable au bon renom du service d'urgence et de l'hôpital, car compte tenu du type de malades envoyés, de la surcharge inouie de certains jours, des conditions insuffisantes de l'organisation, on cotoie habituellement les incidents soit dans le domaine thérapeutique, soit dans le domaine de la relation qui peuvent avoir des conséquences graves.

- enfin le courrier, la réponse aux demandes de certificats et il ne faut pas oublier ce qui est le plus difficile, la direction de toute l'équipe du service.

Etre à la tête d'un service où travaillent 7 internes, 8 stagiaires internes, 15 externes, 25 infirmières de jour, 9 de nuit, pose des problèmes constants. Etre certain que tout le monde est présent ou remplacé (car une obsence ne peut être tolérée dans un tel service), régler les petites difficultés des personnes qui ne sont pas exceptionnelles, telle l'infirmière qui, fatiguée, s'est disputée un soir avec quiconque et veut quitter le service (perte difficile à réparer lorsqu'il s'agit d'une infirmière particulièrement compétente et habituée à ce type de travail), faire le tampon entre

équipe du service d'une part, et administration des hospices, services extérieurs d'autre part, n'est pas une position de tout repos.

Cette collaboration nécessaire, le règlement collectif des problèmes incessants, font l'objet d'une réunion hebdomadaire, les observations intéressantes du service sont présentées dans le cadre de nos séances du mardi soir à partir de 19 H 30. A l'occasion de ces réunions, les problèmes pratiques sont étudiés.

B - Le personnel para-médical.

a) Les infirmières.

Le rôle du personnel infirmier est fondamental ; l'activité du service d'urgence est très particulière : dans son type d'activité soutenue, dans les conditions de soins (rapidité et efficacité) dans les techniques utilisées (appareillage nombreux).

Or, externes et internes changent tous les semestres et les nouveaux venus vont être guidés par les deux éléments stables chef de service et assistant d'une part, infirmières d'autre part : ce sont elles qui vont en grande partie informer les externes des particularités de leur travail.

Il n'y a pas en effet de service où une collaboration plus étroite entre infirmières et personnel médical est aussi indispensable ;il n'y a pas de hiérarchie dans ce travail : quand un malade s'arrête de respirer, c'est le chef de service qui intube s'il est sur place, mais s'il est absent c'est l'interne ou l'externe et si ceux-ci ne sont pas en salle, c'est l'infirmière qui agit. Une seule consigne dansl'application du geste thérapeutique où une minute compte : c'est celui qui est sur place qui met en oeuvre les techniques qu'il connaît.

Mais la tâche qui est confiée à ce personnel est écrasante. Il y a actuellemnt 40 infirmières et infirmiers (1 homme).

- 1 cheftaine major
- 4 cheftaines, une de bloc, une de soins intensifs et deux d'office continuellement occupées au travail administratif
- 1 surveillante de nuit
- 31 infirmières de jour ont un travail étalé sur 3 fois 8 heures. La première équipe travaille de 6 H 30 à 14 H, la deuxième équipe travaille de 14 H à 22 H et la troisième équipe assure le travail de nuit de 22 H à 6 H.

Le travail est donc continu, à chaque changement d'équipe, les infirmières venant travailler reçoivent les consignes de leurs camarades qui leur indiquent les traitements à surveiller ou à mettre en route, les malades à surveiller particulièrement etc...

Ces relevés constituent un élément capital du travail car les malades auraient à souffrir d'un changement trop hâtif où toutes les péripéties des heures précédentes n'auraient pu être notées ; ces " relèves " demandent de 15 à 30 minutes, temps pris hors des heures théoriques de travail, le chevauchement des horaires n'étant pas encore admis.

Ces infirmières effectuent leur travail dans une ambiance souvent pénible, ce qui leur impose une fatigue supplémentaire, car il faut travailler vite, dans l'intérêt du malade, il faut être disponibles pour les familles souvent inquiètes et s'occuper de questions administratives.

Les infirmières travaillant en urgence sont souvent à leur premier service après l'obtention de leur diplome d'Etat ; elles y restent en moyenne deux ans et demie, malgré les conditions de travail pénibles, elles restent dans le service attachées par l'intérêt et la valeur du travail.

Les conditions de travail dans un service d'urgence sont spéciales. Un service de 24 lits, quand ces 24 lits sont occupés, ne reçoit plus de malades. Dans certainsservices, s'il manque du personnel on ne reçoit pas des malades bien que des lits soient libres. Mais le service d'urgence est obligé de prendre tous les malades qui arrivent ; le nombre officiel est de 28 lits, il y en a en fait toujours plus en comptant les lits d'enfants en surnombre et les couchettes.

Si du personnel manque, si une infirmière est remplacée par une stagiaire peu compétente, si une femme de service ou une veilleuse est absente, tout retombe sur les infirmières et le surmenage est parfois invraisemblable.

b) Le service social.

Une assitante sociale à temps plein doit être attachée au service d'urgence, les problèmes sociaux sont multiples et doivent souvent être règlés rapidement.

Pour les adolescents, relativement nombreux en particulier à l'occasion de tentative de suicide, se posent des problèmes d'orientation, de placement, qui doivent tenir compte du milieu familial, scolaire, professionnel, et une liaison avec les dispensaires de secteurs, foyers d'hébergement, etablissements spécialisés, services de prévention de la Préfecture ou du Juge des Enfants est indispensable.

Les adultes posent essentiellement des problèmes de logement, de travail ; il y a également ceux du placement des enfants pendant l'hospitalisation des parents ou de la nécessité d'une aide familiale ; enfin l'orientation des alcooliques sur une consultation spécialisée ou un organisme de traitement est le dernier élément.

Les problèmes posés par les étrangers nécessitent une liaison

avec les consulats ou services sociaux qui s'en occupent, en particulier au commissariat.

Enfin les personnes âgées doivent faire rechercher d'abord la famille, ce qui est souvent particulièrement difficile notamment pendant l'été. Il faut envisager un placement en maison de repos ou en maison de retraite ou en hospice, parfois quand le vieillard est valide, une demande d'aide médico-ménagère à domicile est satisfaisante.

La multiplicité de ces tâches prouve qu'une assistante sociale est impérative pour effectuer ce travail avec les médecins et tout particulièrement avec les infirmières et les cheftaines.

c) Les malades et le problème d'accueil.

Il n'y a pas de service où l'ambiance médicale soit plus dramatique et les relations avec les familles plus importantes.

Le pourcentage des affections graves à début brutal est en effet particulièrement élevé ; comas quelle qu'en soit l'origine traumatique ou toxique, accidents vasculaires cérébraux, décompensation cardiaque subite provoquent sur l'entourage une angoisse facile à imaginer: un être cher ou celui avec qui l'on vit présente tout à coup une affection dont la gravité du pronostic est évidente même pour un non initié à la médecine.

Les familles ne sont sensibles qu'aux manifestations affectives et les prouesses techniques leur échappent totalement ; des malades guéris à la suite de soins exceptionnels, qui ont survécu grâce à un effort médical invraisemblable partent sans manifester aucune reconnaissance, voir en maugréant parfois contre l'irritation laryngée ou l'hématome au niveau d'une piqûre ; une malade guérie miraculeursement après une intoxication d'une sévérité exceptionnelle se plaint que l'infirmière l'a gifflée alors que celle-ci voulait savoir si elle réagissait.

Heureusement il y a des familles plus intéressantes même si leur parent est parfois décédé à la suite d'une évolution au-dessus de tout traitement efficace, mais à qui on a donné quelques encouragements ou dit une petite phrase gentille dans le couloir à l'arrivée ou au départ. Les lettres les plus reconnaissantes sont celles qui remerciaient de la façon dont on a entouré l'aïeul pendant son agonie.

Mais si un contact avec les familles est important, on ne peut être encombré par celles-ci dans un service où la place est si mesurée, l'équipe médicale doit leur donner les renseignements puis les renvoyer.

Il y a des familles excessives qui téléphonent plusieurs fois par jour, qui amènent plusieurs personnes pour les visites, avec qui l'on doit être ferme et à qui on doit rappeler qu'on ne peut soigner les malades sans un

minimum de tranquilité.

Cette fonction d'accueil nécessite de vastes locaux et malgré 2 salles pour cet usage, les couloirs sont souvent l'endroit où attendent les familles, les accompagnants, les policiers et les pompiers , et traversant tout ce monde le brancard d'un coma en imminence de décès.

Il faut beaucoup de sang-froid, de psychologie et d'autorité pour mettre un peu d'ordre dans tout ce désordre dramatique. Il y a une telle tension dans le milieu soignant que ceci explique parfois le bruit règnant dans le service souvent préjudiciable au repos des malades.

d) Les liaisons.

Service de triage et de premier secours recevant des malades qui lui sont amenés par différents organismes et posant souvent des problèmes sociaux difficiles, le service d'urgence ne peut fontionner qu'en collaboration étroite et confiante avec tous ceux qui participent à sa tâche : ils sont nombreux.

1) - Les autres services de médecine.

Le service d'urgence médico-chirurgical est un accordéon qui se remplit la nuit et se vide le jour dans les services de médecine de l'hôpital Bellevue où les autres services de médecine des hospices civils de ST ETIENNE ou de la région.

Il ne peut fonctionner qu'avec l'accord des chefs de service de médecine qui agréent ce fonctionnement et ces mutations.

Certes les malades ont en général une affection organique grave et l'intérêt médical est habituel ; le tri est réalisé en fonction de la spécialisation du chef de service médical ou chirurgical, en outre tous les malades sont mutés sauf les intoxications et les polytraumatisés graves, transférés au SUSI, et on ne peut reprocher au ervice d'urgence de garder les " beaux malades " objection qui est faite classiquement.

Les seules difficultés qui se posent au niveau des cheftaines sont les difficultés pour transférer un vieillard ou une hémiplégique grabataire ; certes le travail hospitalier est important à tous les échelons : médecins, infirmières, femmes de service, certes l'intérêt médical de tels sujets est restreint et leur sortie plus difficile, certes il est préférable d'avoir dansles lits hospitaliers des malades d'hôpitaux qu'on peut traiter plutôt que des malades incurables relevant de l'hospice, mais il est bien nécessaire d'hospitaliser ou moins temporairement l'homme ou la femme âgée qui est seul et qui à l'occasion d'un état pathologique parfois bénin, ne pouvant plus rester seul. Fréquemment 2 à 3 lits sur 24 sont " la couche "

de personnes âgées ou d'accidents vasculaires cérébraux, ce qui représente une lourde charge pour un service d'urgence.

2) - L'administration des hospices.

Il n'y a pas de service où l'aide de l'administration soit aussi indispensable ; son développement considérable nécessite personnel,aides matériels, toujours nouveaux.

Quand le service se remplit sans arrêt, il faut bien que ce soit l'administrateur de garde qui trouve les lits nécessaires pour évacuer les malades et permettre de recevoir les nouveaux arrivants.

CONCLUSION

Le Service d'urgence médico-chirurgical et de soins intensifs de l'hôpital de Bellevue a été mis en service dans sa totalité en Juin 1972, il s'intègre dans un centre hospitalier devenu depuis un an universitaire.

Le nombre considérable des urgences admis dans ce service justifiait pleinement sa création - une telle organisation reste encore exceptionnelle dans les hôpitaux de même importance, les statistiques recueillies après un an d'activité en prouvent l'efficacité.

L'importance de l'activité démontrée par le bilan des malades ayant été admis ou hospitalisés sur une période de 1 an du 1.9.1972 au 31.8.1973 - 16 793 malades soit 65,2% de toutes les entrées de l'hôpital.

Les malades ayant été hospitalisés :

- 1 727 soit 18% au service d'urgence médicale
- 2 688 soit 43% au service d'urgence chirurgicale
- 310 soit 1,84% au service d'urgence et soins intensifs
- 610 soit 3,8% dirigés sur les hôpitaux périphériques.

LES DOMINANTES.

Parmi les entrées du service d'urgence chirurgical, la traumatologie occupe la place la plus importante.

1 674 sur un total de 2 588 malades hospitalisés
704 sont des traumatisés crâniens soit 28%.

- Au service d'urgence médicale ce sont surtout les tentatives de suicide qui retiennent notre attention, elles représentent plus de 10% des entrées du SURM.

LES PROBLEMES MAJEURS.

- L'élément dominant actuel est la crise de croissance du service médico-chirurgical et de soins intensifs.

Les 28 lits sont loin d'être suffisants.

- Il y a trop de malades, 65,2% des malades hospitalisés à l'hôpital de Bellevue ont transité par le service d'urgence

28,1% de ces malades y ont été hospitalisés.

- Le manque de personnel est constamment ressenti de jour comme de nuit.

- Les conditions de travail sont très différentes de celles que l'on trouve dans d'autres services : il n'y a pas de régularité dans l'activité, il existe des périodes de travail intense et des parties de l'après-midi ou de la soirée où l'activité est plus réduite.

- Les mutations représentent une étape essentielle dans le fonctionnement du service d'urgence médico-chirurgical, elles nécessitent un effort considérable.

LES AMELIORATIONS APPORTEES.

Le Service d'urgence médico-chirurgical et de soins intensifs dont l'un des buts essentiels est d'hospitaliser immédiatement tous les malades dont l'état nécessite une hospitalisation d'urgence , gardera toujours sont intérêt.

Ce service a un rôle fondamental dans le fonctionnement d'un centre hospitalier. Tous ceux qui s'intéressent à une amélioration de la planification sanitaire et tout particulièrement la Sécurité Sociale, ne peuvent que se réjouir de l'efficacité qu'apporte dans ce domaine difficile un tel service.

Concentrer en un seul service hospitalier d'un CHU les moyens en hommes et en matériel qui permettent d'améliorer en permanence les soins médicaux habituels, représente un optimum souhaitable sur le plan économique.

L'implantation du service de soins intensifs polyvalents au sein de l'hôpital réalise un ensemble hautement spécialisé pour le traitement des états graves dépassant les possibilités de l'organisation préexistante.

LES AMELIORATIONS SOUHAITEES.

- L'agrandissement pour que ce service puisse supporter les afflux de malades à tout moment.

- L'augmentation du personnel médical et paramédical en créant de nouveaux postes d'assistants et un nombre d'infirmiers et d'infirmières et d'aides soignants satisfaisant.

LES AMELIORATIONS PROGRAMMEES.

Le programme de cette année prévoit l'implantation d'I SAMU avec les installations techniques afférentes : secrétariat et archives.

Ce SAMU sera complèté par la mise en service d'un SMUR. Ces 2 éléments dépendant étroitement du service d'urgence et du département d'anesthésie.

En même temps seront programmées 10 chambres de gardes supplémentaires de telle sorte que tout le personnel de garde puisse être logé sur place.

Enf in, l'augmentation du nombre de lits du service d'urgence chirurgical qui sera porté de 12 à 17 lits avec une partie réservée en priorité aux traumatisés crâniens.

LES CHOSES SOUHAITABLES QUI NOUS MANQUENT, NON PROGRAMMEES.

Il manque effectivement au SUSI de réaliser les hémodyalises et c'est une technique qui nous fait cruellement défaut. Il nous manque d'autre part un caisson d'oxygénation hyperbar. L'impossibilité de pratiquer ces deux techniques sur place nous oblige à muter les malades qui en seraient bénéficiaires, dans les services correspondant dans les CHU de LYON, avec lesquels nous entretenons par ailleurs d'excellentes relations.

Le Président de la Thèse :

R. DELEUZE

Vu, Le Directeur de l'U.E.R. Sud-Ouest

J.M. ROBERT

Vu et Permis d'Imprimer
LYON, le 20 Mai 1974

Le Président de l'Université Cl.Bernard
Pour le Président, Le Premier Vice Président
Le Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

R. TOURAINE

BIBLIOGRAPHIE

AUROUSSEAU P.
Le SUSI sans le CHU
Séminaire de l'A.A.F. sur les SUSI, NOV. 64
Ann. Anesth. F2 1965 6 Spécial Mai

BALVET (P) et BANGE (R)
La réunion d'équipes, conservice du pavillon et moyens psychothérapique
en inform Psych. 37 N° 7 p. 375 (1961)

M. BARLET P. Thèse 1969
La psychiatrie en service d'urgence des HCL

BAUMANN (J)
Le personnel médical de l'unité de soins intensifs
Séminaire de l'A.A.F. sur le SUSI - NOV. 64
Ann. Anesth. Franc. 6 spécial Mai 1965

BAUMANN (J)
Unité de réanimation de l'hôpital Beaujon
Séminaire de l'A.A.F. sur les SUSI NOV. 1964
Ann. Anesth. Fr. 6 spécial MAI 1965

BIMAR (J)
Hôpital Nord de Marseille
Séminaire de l'A.A.F. sur les SUSI NOV. 1964
Ann. Anesth. Fr. 6 spécial Mai 1965

BOURRAT (L)
Centre de pathologie toxique et service d'urgence du Prof. ROCHE
Incidence Neuropsychiatrique.
In Rev. Lyonn. de II N° 5 p. 59 (1962)

BOURRET (P)
L'accueil dans les hôpitaux de 2ème catégorie
Annales de Médecine des accidents et du trafic 1964.2.19

BOURRET (P)
Le rôle de l'hôpital en matière de soins d'urgence - la santé de l'homme
1964 - 135

BULLETIN OFFICIEL DU MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES
Santé publique et population
"Instructions relatives à l'organisation des secours médicaux d'urgence et de la réanimation". Fascicule spécial N° 68 - 20 bis.

CARA M.
Les moyens d'avacuation de l'hôpital d'accueil
Annales de médecine des accidents et du trafic - 1964.2.42

CHASSAIGNE M. DEBRAS C. LOUVILLEY
Réanimation (Premiers secours) - Flammarion ed. 1971.

CHIPPAUX
Présentation d'un service de réanimation générale de l'hôpital Girard et Robic (Tananarive) - A.A.F. 1965. 6. 1.13.14

CHIPPAUX
Un service de réanimation générale (résultats globaux portant sur 15 mois d'activité). - A.A.F. 1965.6.1 - 15.19

CIOCATTO E. et VANDONE A.
L'organisation des centres de réanimation
Réunion de travail de l'association des anesthésialogistes européens.
Cahiers d'anesthésiologie 1964.12.3.245.255

Me. CLERMONT N. - Thèse 1967
Département d'anesthésie et de réanimation de l'H.E.H. de Lyon

COIRIER R.
Le Présent et l'Avenir des secours d'urgence à la santé de l'homme
1968.157.4

CONSTANTIN
Un service de réanimation générale (réflexion portant sur une expérience hospitalière. A.A.F. 1965.6.1. 15.19

COUTENS J.F.
Hôpital périphérique et planification régionale de la réanimation d'urgence.
Thèse Toulouse 1969

CREYSSEL J.
Discussions à propos de l'organisation Lyonnaise.
Annales de médecine des accidents et du trafic - 1964.2.25

DELEUZE R.
Evolution du Concept de la réanimation au cours des vingt dernières années
Congrès des techniciens de la santé.
Tech. Hosp. 1966 - 246.66

DELEUZE
Soins immédiats aux traumatisés de la route
Cahiers d'Anesthésiologie - 1964.12.6.589.623

DENOLIN M.
La réanimation en médecine.
Urgences médicales et chirurgicales 1966 - III - 3

DAUMEZON (G)
Placement d'urgence du malade mental
Problèmes juridiques et sociaux
En Rev. du Par 12 N° 31 p. 3 313 (1962)

DESSIEAU D.
Expérience de médicalisation des secours routiers
Thèse Toulouse 1969

DUSCHESN G.
Origine et évolution de la réanimation
La réanimation 40.41 pages des documents Chap. I 1 et suivant.

FRANCK B.
Réanimation au CHU de Dijon
Anesth. analg. 23 891 - 900 Oct. Déc. 66

FRIEDMANN
Problèmes humains du machinisme industriel
Gallimard édit. Paris 1964

M. GROZE M.
Thèse 1972
Implantation d'un service d'urgence et de soins intensifs à l'hôpital de Châlon sur Saone.

HANQUET M.
Les unités de soins intensifs dans l'hôpital moderne.
Tech. Hosp. 1968 - 275-276 - 67

HANQUET (N)
L'organisation du centre de réanimation de l'hôpital universitaire de Liège.
Cahiers d'Anest. Sept. 1966 - T. 14 N° 6 pp. 683 - 727

HUGUENARD P.
Rapports au Congrès d'anesthésiologie de Toulouse (1965) sur les SUSI
A.A.F. Toulouse 1965

HUGUENARD P. CHATELLAIN A. AUROUSSEAU P.
Le Service de soins intensifs d'un centre hospitalier
A.A.F. VIII 3

KEMPF Y.
Pour une doctrine de l'accueil hospitalier
Annales de médecine des Accidents et du trafic 1964.2.42

KEMPF Y.
Organisation des premiers secours aux blessés dans la région de Strasbourg
Revue automobile Médicale 158

LARCAN
L'organisation des services de réanimation d'urgence
Le Médecin de France - 1965 - 259 - 260

LARENG L.
L'antenne de secours de Toulouse
Concours médical 1969.91 (40) 6 847 - 6 860

LARENG L. VIRENIQUE CH. RENUN B.
Le service d'anesthésiologie médicale d'urgence de la région Midi-Pyrénées
Cahiers d'anesthésiologie 1969 . 17 . 5 . 461 . 478

MATHE P.
Centre de réanimation polyvalent de l'hôpital maritime Sainte-Anne.
Séminaire de l'A.A.F. sur les SUSI 1964
Ann. Anest. Fr. 6 spécial Mai 1965

POZZO DT. BORGO
Contribution à l'étude critique et prospective des secours d'urgence
Thèse Reims 1970

PRADIER
L'organisation des urgences dans un hôpital de 2ème catégorie
Congrès de l'union hospitalière du SUD-OUEST BORDEAUX 19 et 20 MAI 1967
Revue hospitalière de France 1968 32 (212) 845. 850

PROBLEMES ACTUELS DE L'ANESTHESIOLOGIE
REANIMATION DANS LESECTEUR HOSPITALIER
Un entretien CARA - ECHTER - HUGUENARD
Concours médical 1967 . 89 . 51 . 8 739 . 8 747.

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL PRESIDE PAR M. L'INSPECTEUR GENERAL FAVREAU
Note d'Information N° 27 - 1970 du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.

ROCHE L.
Les urgences médicales
Tech. Hosp. 1966 - 245 - 65

ROCHE (L) SITE (J) et VERBORG
Le Service d'urgence médicale des hospices civils de Lyon
Masson Edit. Paris 1967

ROCHE et RAVOAVISON
Le service d'urgence médicale et le Centre de pathologie toxique de Lyon.
Thèse 1962.

ROYER J. et MONTALBAN A.
Le service des urgences médicales à Dijon -
VIIè Congrès National de Médecine Urbaine Dijon 4 et 5 Mai 1968
Concours médical 1969 - 91 - 2 977

SADOVE and ROSS (C)
The recovery room inmidiate post operative management
Cahiers d'anesthésiologie 1957 - 4. 6. 552

SAFAR (P) et COLL
L'unité de soins intensifs et l'anesthésiste
IIè Congrès mondial d'anesthésie TORONTO 1960

SAFAR (P)
Ressucitation au long cours dans un service de soins intensifs
Wortshop on Intensive care unit
Anesthesiology 1964 - 25,2.192

SEMINAIRE DE L'ASSOCIATION DES ANESTHESIOLOGISTE FRANCAIS SUR LE SERVICE D'URGENCE ET DE SOINS INTENSIFS
Monaco 1 et 2 NOV. 1964
A.A.F. 1965 VI sp. 1.116

SOUBIRAN - BILLIERES M.
Le problème de l'urgence dans les hôpitaux de 2è catégorie.
Congrès de l'union hospitalière du Sud-Ouest - Bordeaux 19 et 20 MAI.
Revue hospitalière de France 1968 (212) 851.865

SAVORNIN C. Thèse 1971
Service de réanimation de l'Hôtel Dieu à Lyon

TARI A. et MALVAUDA
Activité du SAS de réanimation du centre hospitalier de Toulon
Anesth. analg. réanimat. 1970 27 - 1.141.146

TEISSIE J.N
Réanimation et soins d'urgence dans un hôpital périphérique
A propos d'un polytraumatisé avec plaie du foie
Thèse Toulouse 1969

TOUCHARD P.
Rapport sur les six premiers mois d'activité d'un centre de réanimation polymorphe implanté dans un hôpital de 2è catégorie 2è groupe.
A.A.R. 1967. 24 1.67.82

VINCENT M.P.
La liaison entre Centre de pathologie toxique et centres de réanimation
Revue Lyonnaise de Médecine 1962 - Spécial Mars.

VERBORG - Thèse 1966
Service d'urgence médicale des HCL.

TABLE DES MATIERES

		Pages
I -	DEFINITION D'UN SERVICE D'URGENCE ET DE SOINS INTENSIFS	1
II -	PRESENTATION DU SERVICE MEDICO-CHIRURGICAL ET DE SOINS INTENSIFS	4
	- *sa création*	4
	- *sa structure*	4
	- *le matériel*	6
	- *l'effectif*	7
	- *le fonctionnement*	10
III -	ETUDE STATISTIQUE DE L'ACTIVITE DU PU	12
	1) l'urgence avant la création du PU	12
	2) les modalités d'entrée	13
	3) activité globale du PU	14
	A/ étude comparée du PU et de l'hôpital	14
	B/ étude statistique du PU	17
	1) généralités	17
	2) le SURC	21
	3) le SURM	31
	4) le SUSI	44
	5) la mortalité	76
	C/ réflexions sur le PU	78
IV -	CONCLUSION	88
V -	BIBLIOGRAPHIE	91

Association Corporative des Etudiants en Médecine de Lyon
8, avenue Rockefeller - 69373 LYON Cedex 2 - Tél. (78) 74-33-47

Association Corporative des Etudiants en Médecine de Lyon
8, avenue Rockefeller - 69373 LYON Cedex 2 - Tél. (78) 74-33-47